

Rok XI. 1936.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

i

WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

[illegible]

i

WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Rok VI. 1930.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.





W I L N O,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.
TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", UL. ŚW. IGNACEGO 5.

Treść Rocznika VI Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego z r. 1930.

A. Prace oryginalne.

B. Przyczynki kazuistyczne.

C. Streszczenie zbiorowe.

D. Prace treści historycznej.

E. Wspomnienia pośmiertne i życiorysy.

F. Protokóły posiedzeń Wil. Tow. Lekarskiego.

G. Statuty, regulaminy i sprawozdania.

H. Odezwy i komunikaty.

I. Kronika.

K. Varia.

Resumé des travaux contenus dans le volume VI en langues des congrès internationaux.

Od Komitetu Redakcyjnego.

Dotychczasowy Redaktor Naczelny Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego prof. dr. Stanisław Trzebiński złożył na ręce Prezesa Wil. Tow. Lekarskiego rezygnację ze swego stanowiska z powodu stanu zdrowia.

Komitet Redakcyjny z wielkim żalem zmuszony był przyjąć powyższą rezygnację i uchwalił prosić Prezesa Wil. Tow. Lekarskiego o wyrażenie ustępującemu Redaktorowi Naczelnemu wyrazów wysokiego uznania i szczerej podzięki za pełną poświęcenia, owocną pracę dla dobra wydawnictwa.

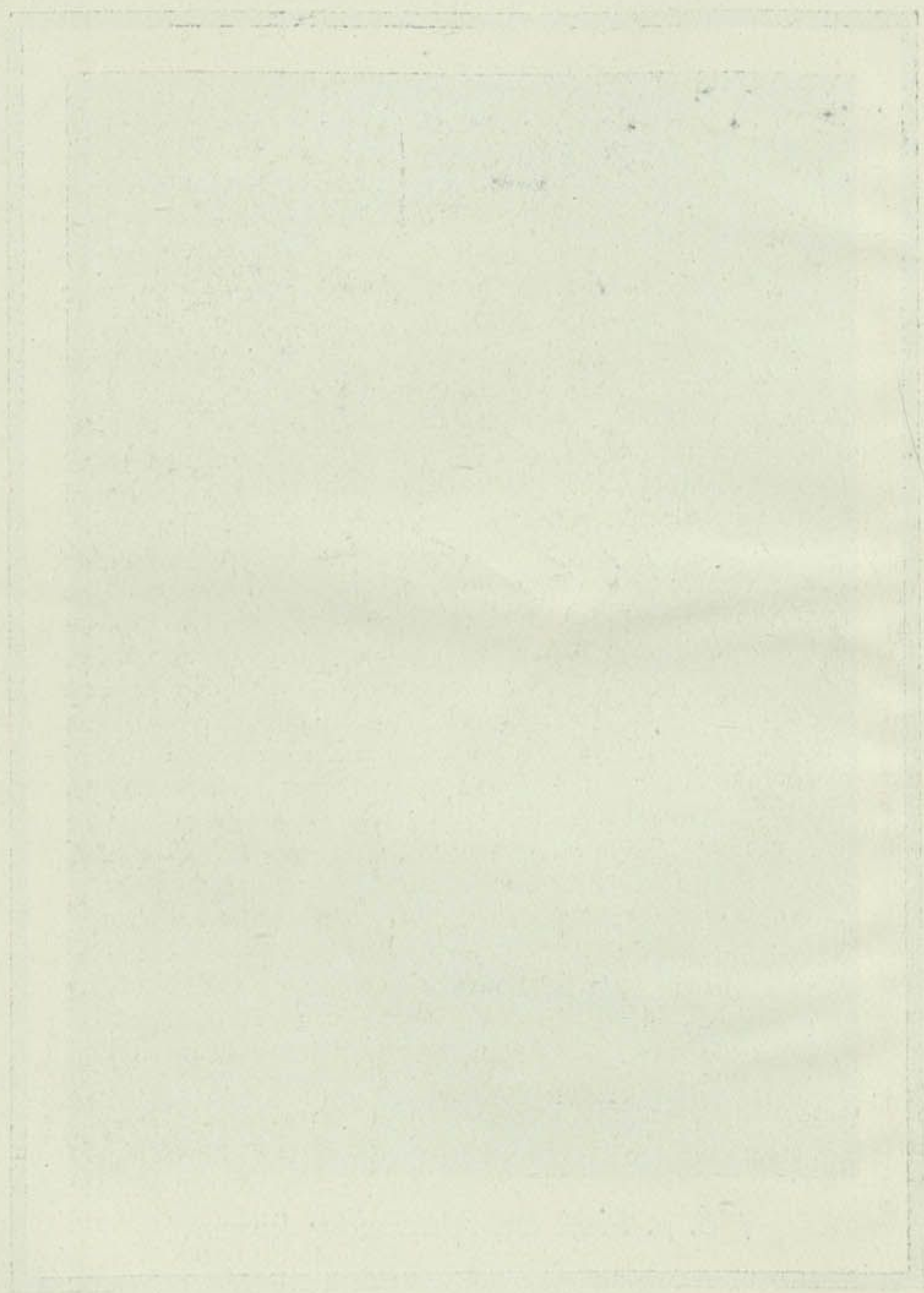
Prof. Dr. Stanisław Trzebiński pozostał nadal członkiem Komitetu i obiecał współpracować z wybranymi na posiedzeniu Komitetu redaktorami w osobach prof. dr. Wacława Jasińskiego i doc. dr. Aleksandra Safarewicza.

Za Komitet Redakcyjny

Prof. Dr. Wacław Jasiński
Doc. Dr. Aleksander Safarewicz.



† Ś. p. Prof. Dr. Aleksander Rosner.



(Klisza wedł. „Ginekologji Polskiej").

† Ś. p. Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Podczas Zjazdu lekarzy w Krynicy w dniu 6-go stycznia b. r. zmarł nagle ś. p. Aleksander Rosner, profesor zwyczajny Uniwersytetu Jagiellońskiego, dyrektor Kliniki Położniczo-Ginekologicznej, członek honorowy wielu towarzystw zagranicznych i krajowych, w tej liczbie Wileńskich Towarzystw: Lekarskiego i Ginekologicznego.

Urodzony w Krakowie w r. 1867 z ojca Antoniego, profesora U. J., wzrasta ś. p. Aleksander wraz ze starszym swym bratem nietylko w środowisku o wysokiej kulturze umysłowej, ale otoczony niezwykłą i stałą pieczą nad rozwojem umysłu i charakteru.

Z lat też dziecinnych pozostaje Mu obok kultu dla prawdy i dobra gruntowne wykształcenie humanistyczne i przyrodnicze, które stworzy podwaliny pod Jego encyklopedyczną wprost umysłowość. Gruntowne przygotowanie naukowe i świetne zdolności już w okresie studjów uniwersyteckich zwracają na Zmarłego powszechną uwagę, a często budzą podziw i uznanie dla jego wartości duchowych. To też oficjalna karjera uniwersytecka przebiega szybko i w 39 roku życia widzimy ś. p. Rosnera na stanowisku profesora zwyczajnego i dyrektora kliniki.

Na tem stanowisku rozwija żywą i owocną działalność naukową, dydaktyczną, lekarską, organizacyjną i społeczną.

W bogatej spuściźnie naukowej Zmarłego znajdujemy blisko 50 prac o walorach pierwszorzędnych; wśród nich badania nad konstytucją narządów płciowych kobiet zyskały Mu zasłużone uznanie i rozgłos w świecie naukowym.

Przenikliwy diagnosta, lekarz o szerokich horyzontach myśli świetny technik zjednywał ś. p. Rosner uznanie i wdzięczność niezliczonych rzesz chorych, a dla lekarzy był nieomal wyrocznią.

Organizator pełen energji i zmysłu społecznego, przyczynia się ś. p. Rosner w znacznej mierze do powstania Uniwersyteckiej szkoły pielęgniarek w Krakowie, a pracą nad budową nowej Kliniki Uniwer-

syteckiej, wykończenia której, niestety, nie doczekał, stwarza sobie trwały pomnik, który przez długie lata świadczyć będzie o energji, i wytrwałości, a przedewszystkiem bezinteresowności Założyciela.

Mierzył tu siły na zamiary, nie myślał małostkowo o stworzeniu warsztatu pracy dla siebie, ale ofiarną swą pracą pragnął zdobyć dla najstarszej naszej Uczelni, którą tak ukochał, godny Jej tradycji zakład naukowo-leczniczy.

A poza temi, tak doniosłemi sprawami, ile innych zajmuje umysł Zmarłego Profesora — jak żywo mają jeszcze w pamięci wszyscy, co brali udział w ostatniej naradzie Izb Lekarskich w Warszawie, świetne Jego przemówienie w sprawie organizacji Kas Chorych w stosunku ich do Wydziałów Lekarskich, wygłoszone zaledwie na 6 tygodni przed zgonem.

Omawiając rozległą, a tak płodną działalność ś. p. Aleksandra Rosnera, trzeba jednak stwierdzić, że działalność nauczycielska była tą, którą najwięcej ukochał, a która była najbliższą Jego sercu.

Wykłady ś. p. Rosnera, czy to naukowe na zjazdach lub towarzystwach, czy też uniwersyteckie stały na wyżynie prawdziwego artyzmu. Szerokie ujęcie każdego zagadnienia, olbrzymia erudycja, ścisłość rozumowania, jasność przedstawienia rzeczy obok wykwintnej, a prostej i lekkiej formy — czyniły z tych wykładów niedosięgłe wzory krasomówstwa naukowego.

Ktokolwiek, chociażby przygodnie, słyszał przemówienie Zmarłego, nie mógł się obronić przed urokiem Jego umysłowości. Nic też dziwnego, że władał sercami młodzieży i pozostawił wśród swych uczniów świetlaną niezatartą pamięć. A dla tej młodzieży, która nie miała szczęścia Go poznać, pozostawił w spuściźnie skarb wielki, bo oryginalny, wielkiej wartości podręcznik ginekologji. Podręcznik ten długie lata będzie podstawowym dla lekarza i studenta polskiego, a dla świata nauczycielskiego — wzorem, jak tego rodzaju dzieła pisać należy. Niepełną była sylwetka Zmarłego, gdybym na tem skończył to krótkie o Nim wspomnienie; bo nie był to tylko świetny fachowiec i świetny profesor — te ramy byłyby zaciasne dla Jego wybitnej indywidualności.

Nic, co ludzkiego nie było Mu obce: i myśl i twórczość we wszelkich jej przejawach miała w nim swego czciciela, znawcę i czynnego pracownika. Wyniosły Go one na najwyższe wyżyny intelektu i ogólno ludzkich wartości.

Takim Go w pamięci zachować należy.

Władysław Jakowicki.

(Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego). Kierownik *Prof. Dr. Med. Wł. Jakowicki.*

Badania nad grupami krwi na materjale Kliniki Położniczo - Ginekologicznej Uniwersytetu Stef. Batorego

Podała

Dr. J. RYLL-NARDZEWSKA

St. Asystentka Kliniki.

Nauka o grupach krwi, posiadająca tak doniosłe znaczenie teoretyczne i praktyczne, zapoczątkowana została w roku 1901 przez Landsteiner'a. Opiera się ona na spostrzeżonem przez Landois (1874) zjawisku aglutynacji krwinek, oraz na pracach Ehrlicha i Morgenrotha o hemolizie.

Badania nad grupami krwi zostały następnie rozszerzone i uzupełnione przez Dungerna, Hirszfelda i liczny szereg innych badaczy (Jansky, Moss, Lattes, Schiff, Bernstein i t. d.) i obejmują obecnie bardzo bogate piśmiennictwo wszechświatowe.

Wychodząc z pierwotnego prawa Landsteinera, że surowica człowieka nigdy nie aglutynuje krwinek własnych, ani im podobnych, zawsze jednak zlepia krwinki o cechach odmiennych, zagadnienie grup krwi jest obecnie ujęte w szereg praw.

Rozróżniamy 4 grupy serologiczne: O, A, B i AB.

Surowica grupy A zawiera izoaglutyniny anti B, zlepiające krwinki B
„ „ B „ „ anti A, „ „ A.
„ „ O „ „ anti A } anti B } „ „ A i B.
„ „ AB nie zawiera żadnych izoaglutynin.

Krwinki zaś różnią się między sobą w ten sposób, że krwinki A zlepia tylko surowica anti A (t. j. należąca do osobnika grupy B); krwinki B zlepia tylko surowica anti B) t. j. należąca do osobnika grupy A), poza tem krwinki A i B są zlepiane przez surowicę grupy O, zawierającej jednocześnie aglutyniny anti A i anti B.

Krwinki O są oporne na działanie izoaglutynin, zaś krwinki AB zlepia tak surowica anti A, jak i anti B.

Cechy krwinek A i B dziedziczą się podług prawa Mendla, jako cechy dominujące (Hirszfeld i Dungern). Nie występują więc one u dzieci, jeżeli ich nie było u rodziców. Własność krwinek O jest cechą ustępującą, to znaczy może wystąpić u dzieci, jeżeli jej nawet nie było u rodziców. To prawo Dungerna i Hirszfelda, powszechnie uznane i przyjęte, zostało zmodyfikowane przez Bernsteina, przyjmującego istnienie 3 typów serologicznych A, B i R.

R jest cechą ustępującą, odpowiada cesze O.

Obliczenia teoretyczne, dokonane według wzoru genetycznego Bernsteina, nadspodziewanie świetnie pokrywają się z wynikami, otrzymanemi przez różnych autorów na podstawie spostrzeżeń bezpośrednich.

Podług prawa Mendla grupa AB powinna być najczęstszą, grupa O najrzadszą. W rzeczywistości jest wręcz przeciwnie. Nadmiar grupy O Hirszfeld tłumaczy prawem selekcji. W przeciwnym wypadku należałoby ją uważać za grupę samodzielną.

Możliwe jest przypuszczenie, że grupa AB ma najmniej szans życiowych. Tak, naprzykład, Amzelówna i Halberówna stwierdziły, że odczyn Wassermana znika najłatwiej w przypadkach kiły leczonej u osobników grupy O. Straszyński i inni potwierdzili to spostrzeżenie. Jeżeli ujemny odczyn Wassermana jest wyrazem uleczalności kiły, to byłby to ważny czynnik selekcyjny, tłumaczący częściowo nadmiar grupy O.

Przynależność grupowa jest zjawiskiem stałem i nie zmienia się pod wpływem narkozy, leków i innych czynników (Dungern, Hirszfeld, Klaften, Wachtel, Barsky i cały szereg innych). Nieliczne tylko głosy (Eden, Vorschütz, Happ, Bahl, Levine, Fetschner) przeczą temu.

Istnieją przypuszczenia, że wyniki tych autorów częściowo oparte są na błędach technicznych, gdyż często, zwłaszcza stosując metodę mikroskopową, można pseudo-aglutynację, polegającą na zbijaniu się czerwonych ciałek krwi w ruloniki, przyjąć za aglutynację.

Dalej te przejściowe rzekome zmiany grup krwi stwierdzane były u osobników z ciężkiemi schorzeniami narządów krwiotwórczych, czasem po chininie, arsenie, Roentgenie; błędy tych autorów są zrozumiałe skoro się weźmie pod uwagę, że na zbijanie się krwinek w ruloniki czynniki powyższe mają wpływ niezawodny.

Izoaglutyniny poza krwią stwierdzono w mleku, wysiękach, przesiękach, w ropie, w soku tkankowym, w wodach płodowych, czasem w płynie mózgowo-rdzeniowym i t. d. (Landsteiner, Doean, Kan-Ytiyosida, Herman, Halberówna, Heim i Barsky). Stwierdzono

też normalne izoaglutyniny u niektórych zwierząt, (koń, świnia, kot, królik, pies, baran, małpa), lecz naogół są one u zwierząt niestałe i słabe i często nie występują równolegle z odpowiednią cechą krwinek i odwrotnie. (Ehrlich, Morgenroth, Todd, White, Dungern i Hirszfeld, Ottenberg i Teilhamer).

Poza czterema zasadniczemi grupami krwi u człowieka, szereg autorów (Hirszfeld, Landsteiner i inni) uznaje istnienie podgrup (9), gdzie wzajemny stosunek, jak też własności aglutynogenów i aglutynin nie odpowiadają pierwotnym prawom Landsteinera.

Jak podaje Hirszfeld, ostatnio Landsteiner i Lévine stwierdzili 3 nowe cechy grupowe, nazwane: M, N i P.

Badania, przeprowadzone na 160 rodzinach, wykazują, że są to cechy dziedziczne i że cechy M i N nie pojawiają się u dzieci, jeśli ich nie było u rodziców.

Państwowy Zakład Higjeny pracuje dalej w tym kierunku, w obecnej zaś chwili jest to kwestja nie wyjaśniona i nie ma większego znaczenia praktycznego.

Nauka o grupach krwi, pomijając doniosłe teoretyczne znaczenie, znalazła już duże zastosowanie praktyczne w różnych działach medycyny, a więc w przelewaniach krwi (Rutkowski, Heim), przeszczepianiach tkanek, zakażeniach leczniczych zimnicą, w medycynie sądowej, zwłaszcza w dochodzeniach ojcostwa i t. d.

Do przetaczania można używać takiej krwi, której krwinki nie będą ani aglutynowane, ani rozpuszczane przez surowicę odbiorcy. Wolno używać krew serologicznie identyczną lub „altruistyczną" t. j. należącą do grupy O.

Przelewając nieodpowiednią krew, wywołuje się groźny dla życia stan wskutek zlepiania się i rozpuszczania krwinek odbiorcy.

Aglutynacja krwinek biorcy przez surowicę dawcy nie gra roli, bo aglutyniny dawcy szybko znacznie się rozcieńczają (Opitz, Rutkowski i inni).

Nauka o grupach krwi znalazła duże zastosowanie w antropologji.

Mydlarski i Halberówna przeprowadzili te badania w Polsce w r. 1922 na 12.300 żołnierzach przy okazji wojskowego zdjęcia antropologicznego.

Teraz przejdźmy do naszej pracy.

Badania nad grupami krwi rozpoczęto w r. 1926. Po określeniu grup krwi u personelu Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U.S.B. za pomocą surowic wzorcowych (standard) Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie, przystąpiono do badań na materjale klinicznym.

Surowica ze krwi pozałożyskowej była bardzo wygodnym materjałem do pracy, gdyż mieliśmy ją zawsze w stanie świeżym i w dostatecznej ilości.

Używaliśmy zwykle mieszaniny kilku surowic z dodatkiem 0,5% fenolu, kontrolując je często na krwinkach znanych. Grupy krwi określano metodą makroskopową w sposób następujący: do 2-ch małych probówek wlewano pipetą po 2 krople zawiesiny krwinek badanych w 0,5% rozczynie cytrynianu sodowego w soli fizjologicznej (na 9 części 0,85%. NaCl — 1 część 5% cytrynianu sodu). Następnie do I probówki wlewano 4 krople surowicy anti A, do II probówki—4 krople surowicy anti B. Probówki po skłóceniu pozostawiano w pokoju. Wynik odczytywano po godzinie, (przed odczytaniem probówki należy jeszcze raz skłócić).

Odczytywanie wyniku nazajutrz dawało jeszcze wyraźniejsze obrazy. Używając czasami w celach oszczędnościowych 2 krople surowicy na 2 krople (a czasem i 1 na 1) krwinek, otrzymywano też dobre wyniki.

W pojedyńczych przypadkach posługiwano się metodą mikroskopową w kropli wiszącej: czasem podczas operacji ze względu na pośpiech lub w badaniach krwi pępowinowej płodów z wczesnej ciąży ze względu na małą ilość krwi.

Kilkakrotnie kontrolowaliśmy nasze znane krwinki za pomocą surowic (sztandartowych) z P.Z.H. w Warszawie.

Badanie krwinek kontrolowano prawie stale badaniem surowicy na zawartość izoaglutynin. Odrzucano wszystkie badania, budzące najmniejszą wątpliwość, jeżeli nie udało się jej wyjaśnić.

Badano krew pozałożyskową matek, krew pępowinową płodów, krew żylną, lub też pobraną igłą Franka. Zbadano jeden płyn mózgowo-rdzeniowy, aglutynin w nim nie stwierdzono. Grupy krwi oznaczano podług Dungerna i Hirszfelda dużemi literami łacińskiemi: O,A,B i AB.

Mianownictwo to zostało przyjęte w Ameryce i Niemczech przez Komisję Sztandardyzacyjną Komitetu Higjeny Ligi Narodów.

Słuszne są nawoływania do przyjęcia przez wszystkich tego mianownictwa, jako najbardziej przejrzystego (Świder) gdyż posługiwanie się oznaczaniem liczbowem podług autorów amerykańskich (Jansky: I,II,III i IV; Moss: IV, II, III i I) lub jego modyfikacjami wprowadza zamęt do nauki o grupach krwi, a nawet znane są przypadki śmierci po przetaczaniu krwi wskutek pomieszania I i IV grupy.

Przystępując do pracy niniejszej, mieliśmy na względzie następujące zagadnienia:

I—wyjaśnienie sprawy niezmienności grup;

II—ustalenie wzajemnego stosunku poszczególnych grup krwi u ludności Województwa Wileńskiego;

III—ustalenie, w jakim okresie życia płodowego rozpoczyna się różnicowanie typów krwi;

IV—stosunek krwinek płodu do krwinek matki;

V—wzajemny stosunek cech płciowych i serologicznych płodu do grupy krwi matki i ojca;

VI—ciąża heteroswoista, a zatrucia ciążowe;

VII—związek między rozwojem płodu a ciążą homoswoistą i heteroswoistą;

VIII—jakie są stosunki w ciąży bliźniaczej;

IX—sprawa dziedziczenia grup krwi (podług prawa Mendla);

X—grupy krwi, a nowotwory narządu rodnego;

XI—związek między płodnością a doborem serologicznym małżonków.

XII—grupy krwi, a niepłodność na tle niedorozwoju narządu rodnego.

W znacznej liczbie przypadków badanie krwi wykonywano kilkakrotnie: były to chore, pozostające dłuższy czas w Klinice, jak również zgłaszające się ponownie; badano krew w różnych okolicznościach, a więc podczas ciąży, porodu i połogu, podczas miesiączki, przed narkozą i po narkozie, u rakowatych, gorączkujących, w okresie stosowania proteinoterapji i innych leków.

Wyniki były zawsze zgodne, co potwierdza powszechnie uznane prawo, że grupy krwi są właściwościami konstytucyjnemi ustroju, nie zmieniającemi się w ciągu całego życia.

Dungern i Hirszfeld dowiedli, że związane są one z właściwościami danej rasy. W czasie wojny europejskiej H. i L. Hirszfeldowie, przeprowadzając w Macedonji badania nad grupami krwi na olbrzymim materjale wśród żołnierzy, należących do najrozmaitszych narodowości, ustalili, że na zachodzie Europy przeważa krew A, u ludów azjatycko-afrykańskich—B. Ludy wschodu Europy zajmują miejsce pośrednie. Wędrówka narodów spowodowała przemieszanie się 2 (podług Bernsteina—3) pierwotnie czystych typów krwi, tak, że spotykamy je wszędzie, ale w nierównej proporcji.

Ostatnio Łaguna, zestawiając wyniki badań z całego globu ogółem 182951 badań, potwierdza to w zupełności.

Wróćmy jednak do naszej pracy.

Ogółem wykonano 2681 badań. (Tabl. I) Grupa O wynosi 44,6%, A—35,2%, B—16,1% i AB—3,9%.

Tablica I.

Wszystkich badań na grupy 2681.

	G r u p y:			
	O.	A.	B.	AB.
Wszystkich badań . .	1197	945	434	105
%	44,6	35,2	16,1	3,9

124 badania wykonano u żydów, karaimów i tatarów. (Tabl. II)

Zbyt małe są to liczby, żeby z nich wolno było wyciągać wnioski, w każdym razie uderza jednak przewaga grupy B u karaimów i tatarów; u karaimów 3 razy B na 6 badań, u tatarów—2 na 7 badań.

U żydów stosunki wzajemne poszczególnych grup przedstawiają się następująco: O—44,1%, A—36,9%, B—16,2% i AB—2,7%. Ten sam obraz co i u nie żydów (Tabl. III), tak jak i w innych krajach (Schiff i Ziegler podług Schütz'a i Wöhlisch'a).

Tablica II.

Grupy krwi u żydów, karaimów i tatarów.

Narodowość.	G r u p y:				Ogółem
	O.	A.	B.	AB.	
Żydzi	49	41	18	3	111
Karaimi	1	1	3	1	6
Tatarzy	5	—	2	—	7
Razem: . .	55	42	23	4	124

Uwzględniając zaś pozostałe 2557 osób, można uważać je za aryjską ludność województwa wileńskiego, gdyż tylko w znikomej liczbie przypadków bierze w niej udział element napływowy.

Wzajemny stosunek poszczególnych grup wśród tej ludności przedstawia się następująco: O—44,6%, A—35,3%, B—16,0% i AB—3,9%

Tablica III.

Ludność Województwa Wileńskiego.

Wszystkich badań:	Grupy:			
	O.	A.	B.	AB.
2557	1142	903	411	101
w %%	44,6	35,3	16,0	3,9

Biochemiczny wskaźnik rasowy, wprowadzony przez Hirszfelda—określający stosunek A do B i zmniejszający się stale w miarę posuwania się z Zachodu na Wschód, obliczony podług jego wzoru wynosi 1,9.

Porównując nasze wyniki z wynikami, otrzymanemi przez Mydlarskiego i Halberównę w części dotyczącej ludności województwa Wileńskiego (183 bezpośrednich badań) i z wynikami teoretycznych obliczeń podług formuły Bernsteina widzimy, że liczby nasze zajmują miejsce pośrednie. Tabl. IV).

Tablica IV.

Zestawienie porównawcze (z liczbami Mydlarskiego).

Wyniki:	Grupy:			
	O.	A.	B.	AB.
Nasze (2557 badania) . .	44,6%	35,3%	16,0%	3,9%
Mydlarski - Halberówna (183 badania) . .	33,3%	39,5%	19,1%	8,0%
podług wzoru Bernsteina	57,71%	27,61%	14,68%	—

We wszystkich pozostałych obliczeniach są uwzględnione wszystkie badania bez różnicy narodowości.

Przechodząc do następnego zagadnienia naszej pracy—wyjaśnienia, w jakim okresie życia płodowego rozpoczyna się zróżnicowanie typów krwi, zaznaczyć musimy, że jakkolwiek nasze badania są nieliczne (tylko 4) to jednak otrzymaliśmy bardzo ciekawe wyniki. Aglutynogeny stwierdzano już w IV—VI miesiącu życia płodowego, aglutynin przeważnie brak, rozwijają się one dopiero w pierwszym roku życia (Dungern i Hirszfeld, Hirszfeld i Zborowski, Ohnesorge, Khreminger-Guggenberger).

Wypadki nasze są następujące:

1) Płód 2,5 mies. (poronienie)—B (matka— O, ojciec AB)
2) „ 2,5 mies. żywy (ciąża trąbk.)—O (matka O)
3) „ 5 mies. . . . . —O (matka O)
4) „ 6 mies. . . . . —B (matka A)

W 2-ch przypadkach udało się nam określić grupę krwi u płodów znacznie młodszych.

Najciekawsze jest badanie pierwsze, gdzie u 2,5 mies. płodu stwierdzono (krew pępowinowa) grupę B, odmienną niż u matki—O i ojca—AB.

W 880 przypadkach zbadano krew matki i płodu. (Tabl. V).

Tablica V.

Badania krwi matki i płodu . . . . Razem 880 badań.

Grupy krwi matek	Grupy krwi dzieci									
	O.		A.		B.		AB			
	S.	C.	S.	C.	S.	C.	S.	C.	Razem	%
O.	127	121	24	47	10	21	—	—	350	39,7
A.	90	54	104	79	4	7	4	2	344	39,0
B.	36	31	5	8	41	24	2	4	151	17,1
AB	1	3	7	5	8	7	1	3	35	3,9
Razem .	463		279		122		16		880	—
%/o .	52,6		31,7		13,8		1,7			

(S oznacza w skrócie—syn; C—córka).

Ciążę, w której matka i dziecko należą do jednej grupy serologicznej, Hirszfeld i Zborowski określili mianem ciąży homoswoistej, a ciążę w przypadku przeciwnym—ciążą heteroswoistą.

Podsumowując liczby dzieci z ciąży homoswoistej i z ciąży heteroswoistej, widzimy z tablicy VI, że zgodność grupowa wystąpiła w 500 przypadkach, co wynosi 56,8%, niezgodność grupowa w 380 przypadkach, co wynosi 43,1%.

Tablica VI.

Stosunki krwi płodu do krwi matki.

Ciąża homoswoista.		Ciąża heteroswoista.	
500 przyp. (56,8%)		380 przyp. (43,1%)	
Syn	Córka	Syn	Córka
273	227	191	189
54,6%	45,4%	50,2%	49,7%

Ohnesorge stwierdził większą zgodność grup krwi matki i dziecka, bo aż w 73,6% (na 250 badań).

Grupa O, zgodnie ze zdaniem innych autorów (Ohnesorge) występuje częściej u dzieci (52,6%), niż u matek (39,7%). Grupa AB odwrotnie występuje rzadziej (u dzieci 7%, u matek 3,9%).

Liczne badania, prowadzone w kierunku wyjaśnienia problematu płci płodu, mało też posunęły się naprzód w świetle osiągniętych przez nas wyników. (Tabl. VI i VII).

Opierając się na 880 badaniach noworodków, stwierdziliśmy nieznaczną przewagę płci męskiej 52,7% (synów 464, córek 416). Hirszfeld i Zborowski otrzymali 52,5%.

Uwzględniając zaś stosunek płci płodu do grup serologicznych matki i dziecka, widzimy brak wzajemnej zależności w kombinacjach heteroswoistych (191 synów na 189 córek), zaś dość wyraźną przewagę synów w kombinacjach homoswoistych (273 synów na 227 córek). (Tabl. VI).

Przewaga płodów płci męskiej występuje nierównomiernie w poszczególnych grupach.

Hirszfeld i Zborowski (410 badań) znaleźli, że przewaga synów najsilniej jest zaznaczona u matek AB, mniej u matek A, minimalnie u matek B, zaś matki O rodzą przeważnie córki.

Ohnesorge nie stwierdził zależności między płcią płodu a grupą krwi matki.

Tablica VII.

Płeć płodu a grupa krwi matki.

O.		A.		B.		AB.	
Syn	Córka	Syn	Córka	Syn	Córka	Syn	Córka
161	189	202	142	84	67	17	18
—	54%	58,7%	—	55,6%	—	—	51,4%

Powyższa tablica (880 babań) zasadniczo potwierdza wyniki, uzyskane przez Hirszfelda i Zborowskiego. Widzimy wyraźną przewagę synów w grupie A (58,7%), nieco mniejszą w grupie B (55,6%). Matki O rodzą przeważnie córki (54%). Co się zaś tyczy grupy AB, to uzyskaliśmy wbrew spostrzeżeniom wspomnianych autorów (przewaga synów 70%) nawet minimalną przewagę córek (51,4%). Ta rozbieżność wyników w zakresie grupy AB jest do przewidzenia, wobec jej małej liczebności, która nas nie upoważnia do wyciągania wniosków.

Co się zaś tyczy wpływu ojca na płeć dziecka, to z naszego badania 152 rodzin (tablica XI) należy podkreślić pewną przewagę synów w kombinacji: ojciec A x matka A (synów 12, córek 7), bardzo wyraźną w kombinacji: ojciec O x matka A (synów 24, córek 8).

Wychodząc z teoretycznych założeń, można przypuszczać, że ciąża heteroswoista może być niekorzystna tak dla dziecka, jak i dla matki.

Chodziło nam o wyjaśnienie, czy zatrucia ciążowe nie występują częściej w ciąży heteroswoistej i czy ta niezgodność grup nie wywiera wpływu ujemnego na rozwój płodu, na jego wagę.

Zestawiając przypadki o prawidłowym przebiegu ciąży, z przypadkami (25,6%) o cechach zatrucia ciążowego w postaci: wysokiego ciśnienia krwi, obrzęków, białkomoczu, cukromoczu, herpes gestationis i t. d., aż do niepowściągliwych wymiotów ciężarnych i rzucawki porodowej włącznie, otrzymaliśmy taki stosunek ciąży homoswoistej do ciąży heteroswoistej (Tabl. VIII):

Tablica VIII.

Grupy serologiczne, a zatrucia ciążowe.

C i ą ż a	Przebieg dobry	Zatrucia ciążowe	Zatrucia ciążowe w %
C. homoswoista (500)	372	128	25,6
C. heteroswoista (374)	278	96	25,6

Z powyższego zestawienia wynika niezbicie, że niezgodność grupowa matki i dziecka nie ma żadnego wpływu na przebieg ciąży: na 500 przypadków ciąży homoswoistej objawy zatrucia ciążowego wystąpiły w 25,6% przypadków, a na 374 przypadki ciąży heteroswoistej też w — 25,6% przypadków.

W całym materjale mieliśmy tylko 4 przypadki rzucawki porodowej. Obrazy izoaglutynacyjne wykazały 3 razy kombinacje homoswoiste O x O, B x B, A x A i 1 raz heteroswoistą O x B; był to przypadek ciężkiej rzucawki zakończonej zejściem śmiertelnem (syn B, matka O, ojciec O).

Ciekawy też jest 1 przypadek hyperemesis gravidarum spuria, w którym płód był grupy AB, matka O, a w poprzedniej ciąży stan był dobry, urodziła wtedy córkę grupy B.

Wyniki nasze zbijają hipotezę Mc-Quarrie'go, opartą na 40 badaniach o częstem występowaniu zatruć ciążowych w ciąży heterowoistej (93%), czego nie potwierdzili też inni badacze (Klaften, Heim, Wachtel, Hirszfeld i Zborowski, Preger i inni).

Zottermann i Wildner np. otrzymali tylko 18,2% (na 208 badań), Ohnesorge 26%—32,7% (na 250 badań).

Uwzględniając wagę dziecka, jako miernik jego rozwoju w stosunku do ciąży homoswoistej z jednej strony i heteroswoistej z drugiej, otrzymujemy następujące stosunki. (Tabl. IX):

Tablica IX.

Grupy krwi, a waga dziecka.

C i ą ż a	Waga dziecka: do 2500 gr.		do 3000 gr.		do 3500 gr.		powyżej 3500 gr.	
	Syn	Córka	Syn	Córka	Syn	Córka	Syn	Córka
C. homoswoista . .	9	12	38	50	101	75	122	82
C. heteroswoista . .	9	10	20	39	77	75	80	58

Z tego zestawienia wynika, że w ciąży homoswoistej waga dziecka jest większa, co jest zgodne z wynikami, otrzymanemi przez Hirszfelda i Zborowskiego oraz Klaftena, czego jednak nie potwierdził Ohnesorge.

Korzystny wpływ ciąży homoswoistej na wagę dziecka najwyraźniej się zaznaczył u płodów ponad 3.500 gr., gdzie na 204 (122 synów i 82 córki) noworodki z ciąży homoswoistej mamy tylko 138 (80 synów i 58 córek) z kombinacji heteroswoistej. Tu jednak musimy nadmienić, że nasz największy płód (5340 gr.) pochodził z ciąży heteroswoistej (ciąża XV, matka A, córka O).

Tablica X.

Zestawienie 14 przypadków ciąży bliźniaczej.

Nr.	Grupa krwi		Grupa krwi		UWAGI
	Matki	Ojca	Syna	Córki	
1	O	—	O	O	Poród poza kliniką
2	O	—	O i O	—	Rzucawka Jednojajowe
3	O	—	O i O	—	Nephrosis Dwujajowe
4	O	—	O i O	—	„ Dwujajowe
5	O	—	—	O i O	Herpesgestationis Jednojajowe
6	O	—	O	O	„ „ Dwujajowe
7	A	A	A i A	—	„ „ Dwujajowe
8	A	—	A	A	„ „ Dwujajowe
9	A	O	A i A	—	Nephrosis Dwujajowe
10	A	O	O	A	„ Dwujajowe
11	A	—	—	B i B	Nephrosis Jednojajowe
12	B	B	B	B	„ Dwujajowe
13	B	—	B	B	„ Dwujajowe
14	B	O	O	O	„ Dwujajowe

Zestawione w powyższej tablicy 14 przypadków ciąży bliźniaczej, w tem 3 przypadki ciąży jednojajowej, potwierdzają powszechnie uznane zjawisko (Ohnesorge, Klaften), że w ciąży jednojajowej oba płody są równogrupowe; dwa razy były to kombinacje homoswoiste O x (O i O) i raz kombinacja heteroswoista A x (B i B).

Jak już zaznaczyliśmy poprzednio, Dungern i Hirszfeld ustalili w r. 1910, że cechy krwinek A i B dziedziczą się podług prawa Men-

dla, jako cechy dominujące, a więc nie występują u dzieci, jeżeli ich nie było u rodziców. Jeżeli oboje lub jedno z rodziców należy do grupy AB, to dzieci mogą należeć do wszystkich 4-ch grup, gdyż cechy A i B dziedziczą się niezależnie.

Grupa O (cecha ustępująca) może się pojawić u dzieci, jeżeli nawet jej nie było u rodziców.

To spostrzeżenie o dziedziczeniu grup krwi podług prawa Mendla zostało następnie potwierdzone na olbrzymim materjale statystycznym i tylko w znikomej liczbie przypadków cechy A lub B pojawiały się u dzieci, gdy ich nie było u rodziców.

Dungern i Hirszfeld wprowadzają pewien wzór matematyczny dla określenia częstości grupy AB.

Teoretyczne obliczenia stoją blisko danych, uzyskanych drogą doświadczalną.

Matematyk niemiecki Bernstein w r. 1925 modyfikuje tę teorję, przyjmując istnienie 3-ch typów biochemicznych: A, B i R (cecha ustępująca, odpowiadająca grupie O); cecha A i B po skrzyżowaniu dają grupę mieszaną AB i obie dominują w stosunku do R.

Podług teorji Bernsteina, rodzice grupy AB nie mogą mieć dziecka grupy O; jeżeli zaś rodzice należą do grupy O i AB, to dzieci nie mogą być grupy O i AB, a jedynie grupy A lub B.

Bernstein wprowadza swój wzór dla obliczenia grupy AB i tu teoretyczne obliczenia w zadziwiający sposób zbiegają się z bezpośrednią obserwacją. Która z dwuch istniejących teoryj dziedziczenia (Hirszfelda czy Bernsteina) ma słuszność, rozstrzygnie dopiero przyszłość, po zdobyciu nowych danych z dziedziny genetyki krwi.

Tablica XI.

Grupy krwi u dzieci i rodziców:

O j c i e c — O.

	Matka — O.				Matka — A.				Matka — B.				Matka — AB.			
Dziecko	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.
	27	1	1	—	14	18	—	—	6	—	5	—	—	—	—	—
	(12 s, 15 c)	(1 c)	(1 s)	—	(10 s, 4 c)	(14 s, 4 c)	—	—	(3 s, 3 c)	—	(3 s, 2 c)	—	—	—	—	—

O j c i e c — A.

	Matka—O.				Matka—A.				Matka—B.				Matka—AB.			
	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.
Dziecko.	7	8	—	—	9	10	—	—	2	1	2	—	—	2	4	—
	(2 s. / 5 c.)	(2s. / 6c.)	—	—	(5 s. / 4 c.)	(7 s. / 3 c.)	—	—	(1 s. / 1 c.)	(1s.)	(2 s.)	—	—	(2s.)	(3s. / 1c.)	—

O j c i e c — B.

	Matka—O.				Matka—A.				Matka—B.				Matka—AB.			
	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.
Dziecko.	2	—	4	—	4	4	3	1	1	—	7	—	—	—	—	—
	(2s.)	—	(1 s. / 3 c.)	—	(2s. / 2c.)	(1s. / 3c.)	(2s. / 1c.)	(1c.)	(1 c.)	—	(4 s. / 3 c.)					

O j c i e c — AB.

	Matka—O.				Matka - A.				Matka—B.				Matka—AB.			
	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.	O.	A.	B.	AB.
Dziecko.	1	1	4	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	(1c.)	(1c.)	(1s. / 3c.)	—	(1c.)	(1s.)	(1c.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Litery oznaczają: S—syn, C—córka.

W tablicy XI zestawione są badania, obejmujące 152 rodziny, składające się z noworodków (z uwzględnieniem ich płci) i ich rodziców.

Uzyskane obrazy izoaglutynacyjne dowodzą bezsprzecznie, zgodnie ze zdaniem innych autorów (Ohnesorge, Klaften i cały szereg innych), słuszność teorji Dungerna i Hirszfelda o dziedziczeniu grup krwi.

Na 152 badania mamy dwa tylko wyjątki, gdzie cechy A i B wystąpiły u dzieci, kiedy ich nie było u rodziców, a mianowicie: $\frac{O \times O}{A}$ i $\frac{O \times O}{B}$. (Klaften podaje jeden wyjątek na 200 badań).

Czy tu wchodzi w grę błąd techniczny, czy skutki zdrady małżeńskiej, czy też są to te nieliczne wyjątki, których możliwość przewiduje sam Hirszfeld, trudno określić.

W swojej pracy o „Zagadnieniach konstytucjonalizmu w świetle badań serologicznych", zestawiając badania 5 autorów (312 rodzin), Hirszfeld stwierdza ten wyjątek w 9 przypadkach.

W osobnej tablicy tej pracy zestawia on 26 wypadków wystąpienia cechy A i cechy B u dzieci, kiedy jej nie było u rodziców (15 rodzin, badania 6 autorów), ale sam się zastrzega co do wiarogodności tych badań.

Gdybyśmy przyjęli teorję dziedziczenia Bernsteina, tobyśmy mieli, oprócz 2-ch wspomnianych wyjątków $\left(\frac{O \times O}{A}\right.$ i $\left.\frac{O \times O}{B}\right)$ jeszcze 6, gdzie stwierdzono grupę O u dzieci pochodzących od rodziców AB. $\left(\frac{AB \times O}{O}, \frac{AB \times A}{O}\right.$ i 4 razy dzieci O u matek AB). 8 tych przypadków nie zgadza się z teorją Bernsteina.

Nowsze badania Pregera, oparte na mniejszym, niż nasz materjale, składającym się z 376 matek i 445 dzieci popierają całkowicie teorję Bernsteina.

Inni stronnicy tej teorji (Wachtel, Furnhat, Graff, Werkgartner) stwierdzają pojedyńcze przypadki wystąpienia grupy O u dzieci, pochodzących od matek AB i grupy AB u dzieci, pochodzących od matek O, traktując je jednak jako następstwo zdrady małżeńskiej.

My zaś, opierając się na 880 badaniach, mając do wyboru dwie teorje, skłaniamy się raczej do przyjęcia teorji Dungerna i Hirszfelda, gdyż według tej teorji mamy tylko 2 wyjątki, a nie 8.

Przyszłość pokaże, która teorja ma słuszność.

Obecnie coraz więcej prac uwzględnia rolę nauki o grupach krwi w patologji. Chodzi o wyjaśnienie znaczenia grup serologicznych w różnych sprawach chorobowych, oraz związku między grupą krwi a wrażliwością i usposobieniem do pewnych określonych schorzeń.

Mamy już cały szereg ciekawych zdobyczy.

Jak wyżej wspomniano, badania grup krwi wykryły, że dodatni odczyn Wassermana u chorych kiłowych prędzej ustępuje pod wpływem leczenia u osobników grupy O (Amzelówna i Halberówna, Straszyński i inne); jeszcze donioślejsze znaczenie posiada stwierdze-

nie faktu, że równocześnie z grupą krwi dziedziczy się wrażliwość na błonicę (H. i L. Hirszfeldowie i Brokman) i t. d.

Bardzo dużo prac poświęcono badaniu grup serologicznych u chorych na gruźlicę. Wyniki są rozbieżne, podczas gdy jedni twierdzą, że do tego cierpienia więcej są skłonni osobnicy grupy A, względnie AB (Świder, Kohn i Mancewiczówna, Dujarric, Kossowitsch i de la Rivière); inni nie mogą wykazać żadnego związku między grupą krwi a gruźlicą.

Hirszfeld, powołując się na liczny szereg autorów, zestawia zdobycze w kierunku wyjaśnienia roli grup krwi w patologji. A więc Gundel wykazał, że grupa B częściej się spotyka u przestępców i u chorych ze schorzeniami układu nerwowego, u tych ostatnich często również grupa AB.

Osobnicy grupy B mają mniejsze szanse życiowe, nieco przeważa długość życia u O i A. Co do zimnicy, to wyniki są różne.

W interesującej wszystkich sprawie nowotworów, nie osiągnięto także wyników jednolitych; jedni (Hirszfeld, Hittmair, Koch i Moritsch) nie widzą różnic, inni znów (Johannsen) dowodzą skłonności do raka osobników grupy A.

Niektórzy zwracają uwagę na częstsze występowanie nowotworów w grupie B (Dujarric, de la Rivière i N. Kossowitsch) i AB.

Nasze badania, dotyczące nowotworów dobrotliwych i złośliwych narządu rodnego, są ujęte w jedną całość wobec niewielkiej liczby zbadanych przypadków. (Tabl. XII).

Tablica XII.

Zbadano nowotworów 154.

GRUPA KRWI	Carcinoma	Cystis	Adenoma	Chorionepithelioma	Mola hydatidosa	Fibroma	Sarcoma	Razem	0/0	Średnie ogólne odsetki przez nas uzyskane na 2681 badań
O.	*) 14(1) 37,8%	15	—	1	1	24(4)	—	55(5)	35,7	44,6
A.	11(1) 29,7%	10(2)	1	1	2(2)	29(3)	—	54(8)	35,0	35,2
B.	9(2) 24,3%	7(1)	1	1	—	16	—	34(3)	22,0	16,1
AB.	3 8,1%	6	1	—	—	—	1	11	7,1	3,9
Ogółem	37(4)	38(3)	3	3	3(2)	69(7)	1	—	—	—

*) W nawias są ujęte chore żydówki.

Tablica powyższa obejmuje badania na grupy 154 przypadków nowotworów, a mianowicie:

1) Carcinoma . . . . 37 przypadków
2) Cystis . . . . 38 „
3) Adenoma . . . . 3 „
4) Chorionepithelioma . . . . 3 „
5) Mola hydatidosa . . . . 3 „
6) Fibroma . . . . 69 „
7) Sarcoma . . . . 1 „

Analizując powyższe dane, widzimy zgodnie ze zdaniem niektórych autorów przewagę grupy B (22,0% wobec średniej ogólnej odsetki 16,1%) i zwłaszcza AB (7,1% wobec średniej ogólnej odsetki 3,9%).

Z drugiej zaś strony musimy podkreślić znaczną odporność grupy O (35,7%, średnia ogólna odsetka 44,6%).

W grupie A stosunki są bez zmian (35,0%, średnia ogólna odsetka 35,2%).

Liczby, dotyczące żydówek (ujęte w nawias) są zbyt niskie (16 przypadków), żeby upoważniały do wyciągania wniosków.

Gdybyśmy obliczyli w odsetkach same przypadki raka, to otrzymalibyśmy stosunki nieco odmienne. Nietylko O (37,8%), ale i A (29,7%) są odporne, zaś stosunki w B i AB zmieniają się na niekorzyść tych ostatnich, (B — 24,3%, a norma 16,1%, AB — 8,1%, a norma 3,9%). A więc bardzo wyraźnie podkreśla się skłonność do raka grupy B i AB.

Na zakończenie chcemy jeszcze zatrzymać się pokrótce nad sprawą niepłodności.

Hirszfeld i Zborowski i inni wypowiadają przypuszczenie, że pewne przypadki niepłodności, nie dające się niczem innem wytłumaczyć, wyjaśni fakt niezgodności grup krwi u małżonków i odrębne cechy izoaglutynacyjne u męża i żony. W związku z powyższem twierdzeniem nadmienimy tylko, że w naszych 152 stadłach małżeńskich zgodne grupy były w 56 przypadkach (36,7%), a niezgodne w 96 przypadkach (63,1%). Chociaż w poruszonem zagadnieniu wyjaśnienia należy szukać w badaniu właśnie par bezdzietnych, to jednak i te przypadki par dzietnych, też mogą dać pewne wyjaśnienie.

Jak widzimy, niezgodność grupowa w 63,1% nie była przeszkodą w uzyskaniu potomstwa.

Ze sprawą niepłodności pierwotnej wiążą się stany pewnego niedorozwoju narządu rodnego. Takich przypadków mamy 16. (Tabl. XIII).

Tablica III.

Niedorozwój narzągu rodnego (16 przypadków).

G R U P Y:	O.	A.	B.	AB.
Liczba przypadków	7	4	2	5
% %	43,7	25,0	12,5	18,7
Średnia ogólna odsetka ...	44,6	35,2	16,1	3,9

Te 16 przypadków niepłodności na tle niedorozwoju narządu rodnego, pomimo, że to są liczby bardzo małe, uwypuklają wybitną, bo prawie 5-cio krotną przewagę grupy AB (18,7%, a norma 3,9%).

Zestawiając wyniki naszych badań, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Uważamy, że grupy krwi są niezmienne (2.681 badań) i dziedziczą się podług prawa Mendla w myśl hipotezy Dungerna i Hirszfelda (2 wyjątki na 152 rodziny).

2) Aglutynogeny stwierdzono już u $2^1/_2$ miesięcznych płodów (2 badania)

3) W płynie mózgowo-rdzeniowym aglutynin nie stwierdzono (1 badanie).

4) Ciąża homoswoista, nie mając żadnego wpływu na zatrucia ciążowe (4 przypadki rzucawki porodowej), zdaje się wpływać dodatnio na wagę dziecka (880 badań).

5) Stwierdziliśmy częstsze pochodzenie synów z ciąży homoswoistej, jak też z matek A i w mniejszym stopniu z matek B i z małżeństw O x A i A x A.

Matki O w naszym materjale mają przeważnie córki.

6) Bliźnięta (14 par) jednojajowe (3) są jednogrupowe.

7) Nasze badania 154 chorych z nowotworami narządu rodnego wykazały wśród tych chorych procentową przewagę osobników grupy AB i B, nad osobnikami grupy O i A (w stosunku do uzyskanych przez nas liczb średnich dla poszczególnych grup).

8) 16 badań niepłodności na tle niedorozwoju narządu rodnego zwracaja uwagę na częste (5-cio krotnie częstsze) występowanie jej w grupie AB.

Piśmiennictwo:

1) Amzelówna i Halberówna. — Medycyna Dośw. i Spół. 1925 T.5.Z.3/4. 2) Baer — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1926.T.74.S.284. 3) Barsky— Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1926.T.74. Zesz. 1/2. 4) Berliner — Wraczebnoje Obozrenje. 1928. Nr. 7—8. 5) Halberówna i Mydlarski — Medyc. Dośw. i Społ. 1925. T. 4. Z. 3/6. 6) Heim Konrad — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1926. T. 74. Z. 1/2. 7) Heim Konrad — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1929. T. 81. Z. 4/5. 8) Hirszfeld—Medyc. Dośw. i Społ. 1924. T. 3. Z. 5/6. 9) Hirszfeldowie H. i L. i Brokman — Medyc. Dośw. i Społ. 1924. T. 2. Z. 3/4. 10) Hirszfeld i Zborowski—Ginekol. Polska. 1925. T. 4. Z. 10/12. 11) Hirszfeld — Warsz. Czasop. Lek. 1928. Nr. 30. 12) Hirszfeld — Czasop. Sądowo-Lekarskie. 1929. Nr. 1. 13) Klaften E. — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1927. T. 76. S. 91. 14) Khreninger-Guggenberger—Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1928. T. 80 z. 2/3. 15) Łaguna S.—Nowiny Lekarskie. 1929. Nr. 11. 16) Ohnesorge—Zentralblatt f. Gyn. 1929. Nr. 51. 17) Opitz H —Wraczebnoje Obozrenje. 1928. Nr. 5. 18) Przesmycki — Medyc. Dośw. i Społ. 1923. T. 1. Z. 3/4. 19) Rutkowski — Warsz. Czasop. Lek. 1925. S. 93. 20. Rutkowski— Warsz. Czasop. Lek. 1926. S. 261. 21. Schütz i Wohlisch (podług Boksera W. Czas. Lek. 1925. Nr. 3). 22) Straszyński — Medyc. Dośw. i Społ. 1925. T. 5. Z. 5/6. 23) Świder—Polska Gazeta Lekarska 1928. Nr. 16. 25) Świder— Warsz. Czasop. Lek. 1928. Nr. 40. 25) Wachtel — Zentralblatt f. Gyn. 1929. Nr. 18. 26) Zottermann i Wildner -- Acta Gynaecol. Scandinavica T. 3 Z. 2. (streszczenie A. Rosnera — Ginekologja Polska. 1924. str. 290).

Investigation on the serological groups of blood received from the Patients on the Obstetrical and Gynecological Clinic of the University of Stefan Batory at Wilno (Poland).

By J. RYLL-NARDZEWSKA.

2681 researches on the serological groups of blood were undertaken, 124 of which concerning jew, caraim and tartar women were not taken into consideration.

The obtained results were as follows: group 0 = 44,6 %, A = 35,3 %, B = 16,0 % and AB = 3,9 %.

The biochemical index of race = 1,9. In one case the cerebrospinal fluid was investigated, no agglutinins were found. Agglutinogens were established already in 2,5 month old foetus.

In 880 cases was investigated the blood from mothers and new born children, and group O, was frequently established among new born children — 52,6 %, and only 39,7 % in the blood received from

mothers; group AB among children was found in 1,7% — mothers among in 3,9%. From the blood of 14 twins we were able to establish, that in the uniovulum pregnancy both foetus belong to the same group, in the twoovulum pregnancy howerer to the different groups, but some times to the identical serological group of blood.

As to the relation between the blood groups and the health condition of mothers and new born children — we have according to the Hirszfeld and Zborowski investigation also confirmed, that in the cases of homospecific pregnancy the weight of the new born children is higher, and that the pregnancy intoxication has no influence in this direction. (In 4 cases of eclampsy during the pregnancy was one only heterospecific pregnancy).

The relation between the serological groups of mothers blood and their children concerning the sex of those — was the predomination of boys in the group A, and B, of girls in the group O.

The women with blood group A with their man's with group A or O produce often the boys.

The investigation of 152 families consisting of father, mother and child (with two exception) confirms the thesis of Dungern and Hirszfeld that the serological groups of blood acording to the Mendel's low are hereditary, and that the signs A and B are dominant, O recessive.

In 154 cases of malign and benign tumours resistance of group O was state, and the group B was found to be compliant to these diseases, especially the group B.

In 16 cases of sterility on the ground of hypoplasia of the genitals the group AB 5 times was established.

Z Zakładu Higjeny Uniwersytetu Wileńskiego.
Dyrektor Prof. *K. Karaffa-Korbutt.*

Dr. FELIKS KASPEROWICZ
Asystent Zakładu Higjeny U. S. B. Lekarz Sanitarny m. Wilna

Śmiertelność niemowląt m. Wilna.

(Wygłoszono na posiedzeniu IX i XVI Sekcyj XIII-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie 27.IX.1929).

Długotrwałość życia dziecka jest warunkiem mocarstwowego rozwoju danego państwa, stanowi o liczebności i jest poniekąd miernikiem kultury higjenicznej narodu. Stąd też troska o życie dziecka, o zachowanie tego życia możliwie najdłużej, nie jest już zjawiskiem filantropji, jest poprostu nakazem, zmierzającym do prawidłowego rozwoju państwa.

Śmiertelność dzieci, zwłaszcza w okresie najwcześniejszym, jest wysoce ujemnem zjawiskiem prawidłowego rozwoju społeczeństwa, z czem walczy dzisiaj Państwo i samo społeczeństwo. Samorządy miejskie, a wśród nich i samorząd naszego miasta Wilna, coraz lepiej rozumieją potrzebę współdziałania z instytucjami, prowadzącemi opiekę nad zdrowiem dzieci, łożąc na ten cel pokaźne sumy. Mimo to udział samorządów w dotychczasowej akcji jest jeszcze niewystarczający, czego dowodzą cyfry śmiertelności dzieci w Wilnie.

W celu lepszego uprzytomnienia sobie naturalnego ruchu ludności, pozwolę tutaj przytoczyć dane, dotyczące liczebnego stanu ludności Wilna, dane stosunkowo ściste, otrzymane na podstawie przemeldowania ludności i zestawienia ilości zgonów, których rejestracja obowiązuje na terenie Wilna, oraz wykazu urodzeń, przysyłanych przez odpowiednie instytucje wyznaniowe. Otóż na podstawie tych danych stan liczebny ludności m. Wilna wynosił:

Na 1 stycznia 1927 r. 170.796 osób.

W 1927 r. urodziło się ogółem	4.389 osób,	w tem chłopców	2.352
		i dziewcząt	2.037
W 1928 r. „ „ „	3.959 „	w tem chłopców	2.102
		i dziewcząt	1.857
W roku 1927 zmarło ogółem	2.698 osób,	w tem mężczyzn	1.446
		i kobiet	1.252
W roku 1928 „ „	2.747 „	w tem mężczyzn	1.407
		i kobiet	1.340

Z tego w roku 1927 zmarło dzieci do 1 roku 499; chłopców 269
dziewcząt 230
„ „ 1928 „ „ „ 1 „ 552 chłopców 275
dziewcząt 277

Z tych danych widzimy, że specjalnego przesunięcia liczby zgonów w kierunku jednej płci niema, że istnieje pewna równowaga.

Współczynnik zaś śmiertelności w r. 1927 wynosił 15,8 pro mille, a w r. 1928—14,9 pro mille. (dane Miejskiego Urzędu Statystycznego).

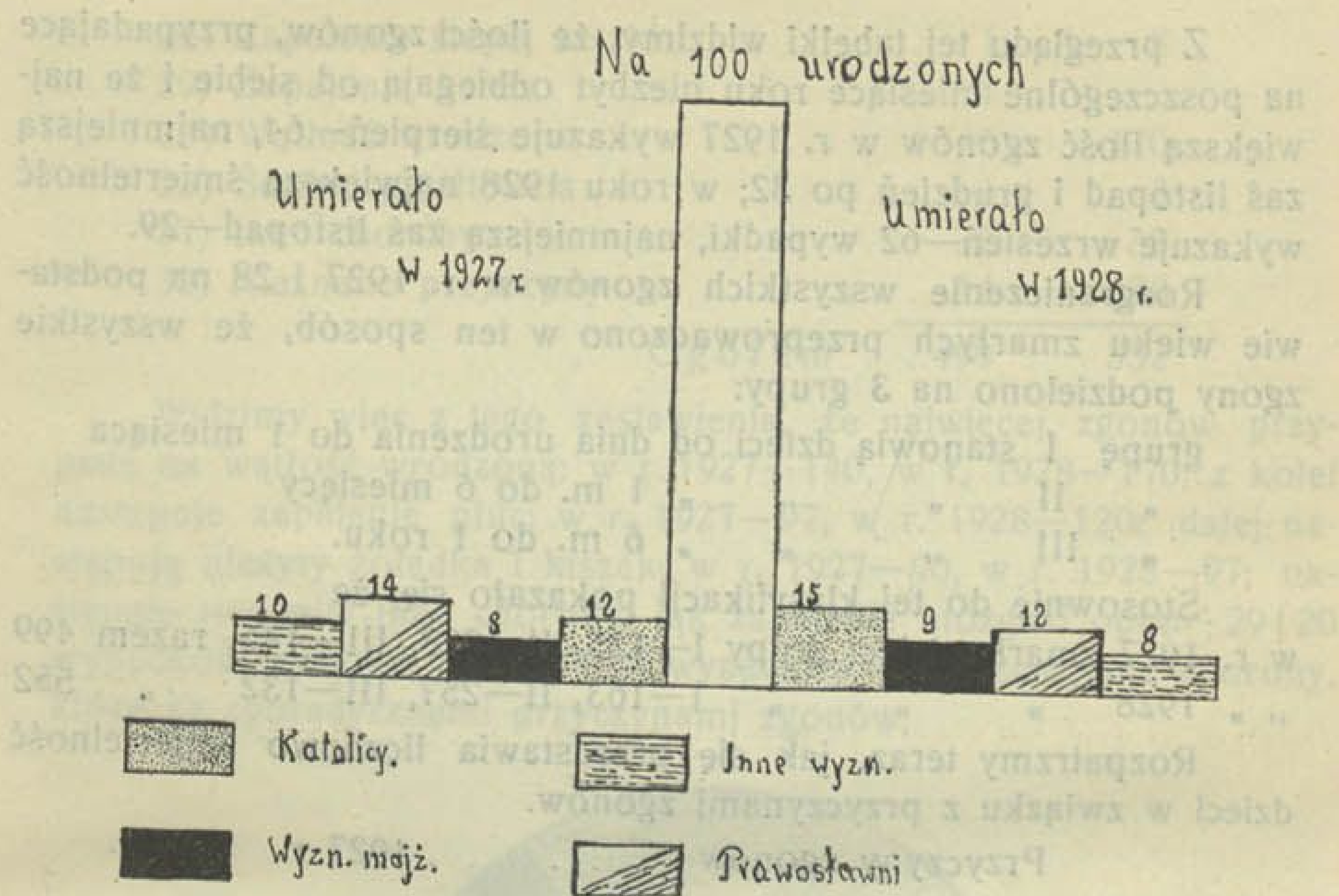
Jeżeli porównamy iczbę zgonów dzieci do 1 roku z ogólną liczbą zgonów dzieci do lat 5, to procentowo liczba zgonów dzieci do roku (499) w roku 1927 w stosunku do liczby zgonów dzieci do lat 5 (860) stanowi 57,6% ogólnej liczby dzieci zmarłych do lat 5.

W r. 1928 stosunek ten jeszcze się pogorszył, gdyż dzieci do 1 roku zmarło ogółem 552 na ogólną liczbę zgonów dzieci do lat 5=831, a więc stosunek ten równa się 66,4% ogółu zgonów dzieci do lat 5.

Jeżeli przyjrzymy się, jaki stosunek zachodzi pomiędzy ilością zgonów dzieci do 1 roku, a ogólną ilością zgonów osób zmarłych niezależnie od wieku i uprzytomnimy sobie, że w roku 1927 na terenie Wilna zarejestrowano ogółem 2.698 zgonów, w tem 499 zgonów dzieci w wieku do 1 roku, to otrzymamy, że ilość zgonów dzieci do 1 roku stanowi 18,4% ogółu zgonów na terenie miasta. W roku 1928 ten stosunek jeszcze się pogarsza, gdyż na ogólną ilość zgonów w mieście 2.747, dzieci do 1 roku zmarło 552, stąd stosunek ten wyraża się liczbą 20,1%.

Pod względem wyznań zgony dzieci do 1 roku w stosunku do ilości urodzeń przedstawiają się w sposób następujący:

		urodziło się		zmarło
w r. 1927				
	Katolików	3.330		401
	Wyzn. Mojż.	899		74
	Prawosławn.	92		13
	In. wyzn.	98		10
Ogółem urodziło się		4.389	zmarło	499
W r. 1928	Katolików	2.881		441
	Wyzn. Mojż.	861		89
	Prawosławn.	101		13
	Inw. wyzn.	113		9
Ogółem urodziło się		3.959	zmarło	552



Przypatrzmy się, jaki stosunek zachodzi pomiędzy ilością urodzeń dzieci żywych, a martwych. W roku 1927 urodziło się 69 dzieci nieżywych, w roku zaś 1928—72. W r. 1927 na każdy 1000 żywych przypadało 16 martwych, a w r. 1928 na każdy 1000 żywych 18 martwych.

Jeżeli zestawimy śmiertelność dzieci do 1 roku w zależności od poszczególnych miesięcy roku, to będzie się ona wyrażać w następujący sposób:

1927 r.	Chłopców	Dziewcząt	1928 r. Chłopców	Dziewcząt
Styczeń	26	25	22	21
Luty	28	19	18	24
Marzec	27	19	30	29
Kwiecień	20	15	29	24
Maj	17	26	18	24
Czerwiec	18	21	17	21
Lipiec	26	21	24	22
Sierpień	36	28	29	23
Wrzesień	19	17	31	31
Październik	20	7	22	27
Listopad	17	15	16	13
Grudzień	15	17	19	18

Z przeglądu tej tabelki widzimy, że ilości zgonów, przypadające na poszczególne miesiące roku niezbyt odbiegają od siebie i że największą ilość zgonów w r. 1927 wykazuje sierpień—64, najmniejszą zaś listopad i grudzień po 32; w roku 1928 największą śmiertelność wykazuje wrzesień—62 wypadki, najmniejszą zaś listopad—29.

Rozgraniczenie wszystkich zgonów w r. 1927 i 28 na podstawie wieku zmarłych przeprowadzono w ten sposób, że wszystkie zgony podzielono na 3 grupy:

grupę I stanowią dzieci od dnia urodzenia do 1 miesiąca
„ II „ „ „ 1 m. do 6 miesięcy
„ III „ „ „ 6 m. do 1 roku.

Stosownie do tej klasyfikacji pokazało się, że
w r. 1927 zmarło dzieci grupy I—125, II—228, III—146 razem 499
„ „ 1928 „ „ „ I—163, II—257, III—132 „ 552

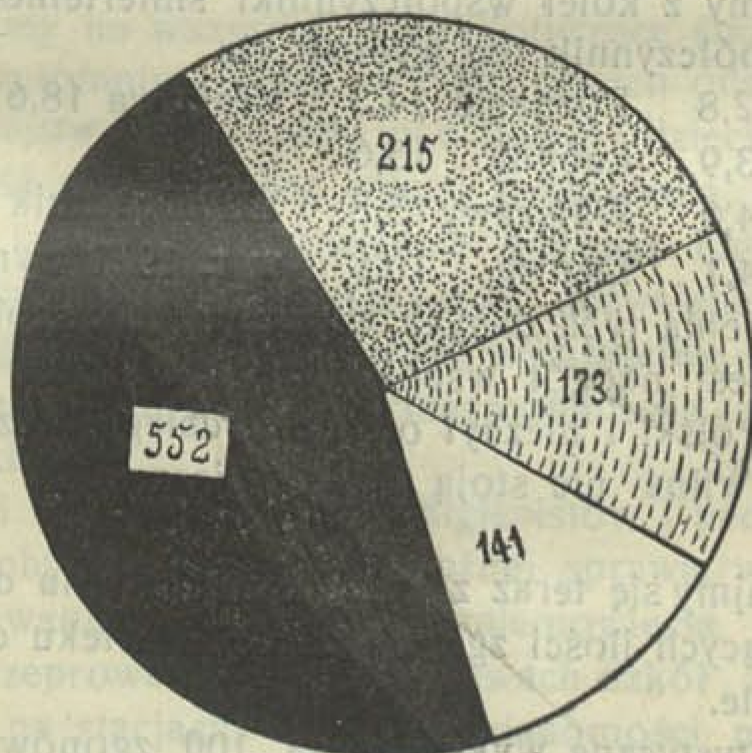
Rozpatrzmy teraz, jak się przedstawia liczbowo śmiertelność dzieci w związku z przyczynami zgonów.

Przyczyny zgonów	1927 r.	1928 r.
*) 1) Dur brzuszny	—	—
4) Ospa i ospica	1	—
5) Odra	4	8
6) Płonica	6	—
7) Krztusiec	—	10
8) Błonica	5	3
9) Grypa	4	6
11) Cholera nostras	9	—
12) Czerwonka i inne zakaźn.	7	4
13) Gruźlica płuc	11	8
14) Gruźlica opon mózgowych	5	5
15) Gruźlica innych organów	1	2
17) Zapalenie mózgu i opon	29	20
18) Krwotok mózgu	1	2
19) Choroby serca	4	6
20) Nieżyt oskrzeli	19	19
32) Zapalenie płuc	97	120
23) Inne choroby dróg oddechowych	3	4
24) Choroby żołądka i kiszek	15	2
25) Nieżyt żołądka i kiszek	90	97

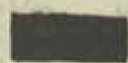
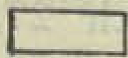
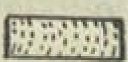
*) Liczby oznaczają grupy międzynarodowej skróconej klasyfikacji przyczyn zgonów.

26) Zapalenie ślepej kiszki	1	8
29) Zapalenie nerek	1	—
33) Wątłość wrodzona	140	170
35) Śmierć gwałtowna	—	3
37) Inne choroby	32	35
38) Nieznane przyczyny	14	20
Ogółem . .	499	552

Widzimy więc z tego zestawienia, że najwięcej zgonów przypada na wątłość wrodzoną: w r. 1927—140, w r. 1928—170; z kolei następuje zapalenie płuc: w r. 1927—97, w r. 1928—120; dalej następują nieżyty żołądka i kiszek: w r. 1927—90, w r. 1928—97; następnie rozmaite inne choroby, jak zapalenie mózgu i opon—29 i 20 wypadków, gruźlica płuc—11 i 8 wypadków i wreszcie inne choroby, które są sporadycznemi przyczynami zgonów.



Warunki bytowania

 Złe.
 Niezadawalniające.
 Dobre.
 Zadawalniające.

Natomiast ostre choroby zakaźne dają w sumie za dwa lata 63 wypadki, co w stosunku do ogólnej liczby zgonów — 1051 nie jest bardzo wysoką liczbą.

Przegląd zgonów niemowląt w stosunku do warunków bytowa-

nia w ciągu 2 lat (1927 i 1928 r.) wykazuje na ogólną ilość 1051 zgonów warunki higjeniczne złe w 552 wypadkach, niezadawalniające w 215 wypadkach, zadawalniające w 173 wypadkach i dobre w 141 wypadkach, czyli, w $^{2}/_{3}$ wypadków (737) warunki bytowania były nieodpowiednie, co niewątpliwie nie pozostało bez wpływu na śmiertelność.

Zastanówmy się na chwilę nad zjawiskiem śmiertelności ludności wogóle w przeciągu ostatnich lat. Współczynniki śmiertelności wynosiły:

w r. 1923—16 pro mille w r 1926—15,58 pro mille.

Do roku 1923 brak względnie ścisłych danych.

Przed wojną natomiast podług danych dr. Zalkinda przeciętny współczynnik śmiertelności wynosił 29,7 pro mille. Jak już mówiliśmy poprzednio, współczynnik śmiertelności w r. 1927 — wynosił 15,8, a w r. 1928—14,9 pro mille.

Rozpatrzmy z kolei współczynniki śmiertelności innych miast. W r. 1927 współczynnik ten wynosił dla

Katowic	12,8	Poznania	14,3	Krakowa 18,6
Łodzi	13,9	Lublina	15,6	
Bydgoszczy	14,0	Warszawy	15,8	Współczynnik dla całej Polski
Sosnowca	14,1	Lwowa	16,8	w r. 1927 wynosił 17,4

Z zestawienia tych danych widzimy, że współczynnik śmiertelności Wilna jest naogół współmierny z takiemiż współczynnikami innych miast Polski i niezbyt od nich odbiega, aczkolwiek urządzenia sanitarne Wilna nie stoją i dzisiaj jeszcze na wysokości wymagań higjeny.

Zatrzymajmy się teraz z kolei na zestawieniu danych porównawczych, dotyczących ilości zgonów dzieci w wieku do 1 roku na 100 zgonów wogóle.

Dane statystyczne wykazują na 100 zgonów wogóle zgonów dzieci do 1 roku

we Lwowie	13,5	w Łodzi	24,6
„ Krakowie	16,5	„ Sosnowcu	26,7
„ Wilnie	18,5	„ Poznaniu	26,8
„ Warszawie	19,9	„ Katowicach	27,8
„ Lublinie	20,6	„ Bydgoszczy	32,6

Widzimy więc, że ilość zgonów dzieci w Wilnie jest nieco wyższa od ilości zanotowanych zgonów we Lwowie i w Krakowie, a jest stosunkowo mniejsza niż w innych miastach i w porównaniu z niemi Wilno stoi na trzeciem miejscu.

Aczkolwiek przytoczone powyżej dane referatu są stosunkowo dokładne, jednak zaledwie dwuletni okres tych danych i brak dokładnych danych za lata ubiegłe nie pozwala nam na zupełnie ścisłą konkretyzację wniosków. Tem niemniej przytoczony materjał zmusza nas do bliższego zastanowienia się nad sprawą śmiertelności niemowląt w Wilnie. Przedewszystkiem liczba zgonów niemowląt stanowi ogromną część ogółu zgonów, prawie $1/5$; w ogólnej ilości zgonów dzieci, zgony niemowląt stanowią połowę wszystkich zgonów, stosunek zaś ilości urodzeń i zgonów jest również niezbyt pomyślny, gdyż np. na każde 8 urodzeń przypada 1 zgon. Równie niepomyślnie przedstawiają się stosunki, dotyczące urodzeń dzieci martwych, gdyż na każdy 1000 żywych przypada 16—18 urodzeń dzieci martwych. Jeżeli zastanowimy się nad przyczynami zgonów, to na pierwszem miejscu mamy wątłość wrodzoną 310 zgonów, zapalenie płuc 217 zgonów, następnie nieżyt żołądka i kiszek 187 zgonów i t. d.

Jeżeli zważymy na wszystkie dane, dotyczące śmiertelności niemowląt, oraz uprzytomnimy sobie, że tylko pewien odsetek dzieci korzysta z dobrodziejstw stacyj opieki nad matką i dzieckiem, to otrzymamy naogół dość smutny obraz całego zagadnienia, na który składają się z jednej strony nieodpowiednie warunki higjeniczne bytowania samego dziecka, a więc mieszkanie, odżywianie, pielęgnowanie i t. d., z drugiej zaś strony złe lub niewłaściwe uświadomienie matek o potrzebach niemowlęcia i niezrozumienie znaczenia stacji opieki nad dzieckiem.

Zespolonemi wysiłkami lekarzy higjenistów i pedjatrów w imię dobra ogółu dałoby się w tej tak ważnej sprawie wiele naprawić: szerokie propagowanie zasad higjeny niemowlęcia powinno być systematycznie przeprowadzone już na ławach szkół żeńskich, a nie potem dorywczo na stacjach; szczupłe wiadomości młodych matek muszą być ciągle uzupełniane fachowem poradnictwem lekarzy pedjatrów na stacji. Oczywiście, wszystkie te poczynania muszą być odpowiednio materjalnie subsydjowane przez Państwo i samorządy. Otrzymalibyśmy wtedy niewątpliwie wyniki dodatnie i w tej dość zaniedbanej, jak na czasy obecne, dziedzinie.

De l'Institut d'Hygiéne de l'Université de Wilno.
Directeur: Prof. Dr. *C. Karaffa-Korbutt.*

Résumé du mémoire présenté au XIII Congrès des Médecins Polonais à Wilno

par le Dr. F. KASPEROWICZ
médecin-assistant à l'Institut d'Hygiène de l'Université Etienne Batory, médecin sanitaire de Wilno.

La mortalité des nourrissons à Wilno.

D'après les données de l'enregistrement la population de Wilno montait à 170.796 personnes le 1er janvier 1927; au cours de l'année 1927 il y eut 4.389 naissances et 2.698 décès; en 1928 il y eut 3.959 naissances et 2.747 morts.

Le coéfficient de la mortalité égalait, en 1927, 15,8 pour mille, tandisqu'en 1928 — 14,9 pour mille. Au cours de l'année 1927 on a enrégistré 499 morts de nourrissons, en 1928—552.

Le nombre des décès de nourrissons était en moyenne de 60% du nombre de tous les décès des enfants, morts n'ayant pas dépassé cinq ans et d'environ 20% de tous les décès. En moyenne une mort de nourrisson correspondait à 11—14 naissances.

Sur 100 naissances il y eut 12 décès d'enfants catholiques, 8—d'enfants israëlites et 10—d'autre confession.

Sur mille enfants nés vivants il y eut 16—18 mort—nés. Au cours de l'année 1927 le plus grand nombre de décès 64—a accusé le mois d'août et en 1928 le mois de septembre—62. Le plus petit nombre de décès est enrégistré en 1927 aux mois de novembre et de décembre—32, en 1928 au mois de novembre—29.

Au total dans ces deux années 1927—28 il y eut 288 décès d'enfants âgés de moins d'un mois, 485 décès d'enfants de moins de cinq mois et 278—d'enfants âgés de six mois à un an. Dans 310 cas la mort fut causée par la débilité congénitale, dans 217 cas elle fut due à la congestion pulmonaire, dans 187 cas au catharre des intestins et de l'estomac, dans 49 cas à l'inflammation des enveloppes cérébrales, dans 19—à la tuberculose etc. Les maladies infectieuses ne figurent comme causes de décès que dans 93 cas. Sur 1051 décès de nourrissons les conditions d'existence étaient mauvaises dans 552 cas, insuffisantes dans 215 cas, suffisantes dans 173 cas, bonnes dans 141 cas. Sur 100 décès d'enfants et d'adultes le nombre des nourrisons morts à Wilno monte en moyenne à 18,5; cette mortalité dépasse celle de Cracovie et de Léopol, mais elle est inférieure à celle des autres villes de Pologne. En

résumé on voit que les décès de nourrissons à Wilno forment un cinquième de tous les décès et plus de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans. La proportion entre le nombre des naissances et celui des décès n'est pas très avantageuse, car sur 12 naissances de chrétiens, par exemple, on enrégistre 1 mort.

En prenant en considération les chiffres ci—dessus qui témoignent de la grande mortalité des nourrissons à Wilno, on doit insister sur la nécessité de la plus grande attention et des efforts combinés des hygiénistes et des pédiatres. Comme moyens préventifs il faudrait introduire l'enseignement systématique de puériculture dans les écoles de filles, augmenter le réseau de dispensaires pour les mères et propager plus énergiquement la nécessité et l'utilité de l'inscription des nouveau—nés aux Stations de l'Assistance de la Mère et de l'Enfant.

Z Kliniki chorób Dziecięcych U. S. B. w Wilnie.
Dyr. Prof. Dr. *Wacław Jasiński.*

Półpasiec a ospówka.

Podała Dr. JADWIGA MURASZKO
St. Asystent Kliniki.

Względnie niewielka ilość ogłoszonych w naszem piśmiennictwie pedjatrycznem publikacyj, dotyczących tak zwanego półpaśca ospówkowego herpes zoster varicellosus (Bókay'a), skłoniła nas do opisania przypadku, jaki mieliśmy możność obserwować w Klinice Dziecięcej U. S. B. w marcu 1929 r.

Dnia 8 marca 1929 r., na oddziale niemowląt, u Tadzia Ch. w wieku 1 rok 6 mies., wystąpiły typowe pęcherzyki półpaśca po prawej stronie klatki piersiowej, wzdłuż 3-ego nerwu międzyżebrowego. Dziecko przebywało na oddziale od 7-ego stycznia z powodu gruźlicy gruczołów wnękowych (odczyn Pirquet'a wybitnie dodatni, radiogram wykazywał znaczne powiększenie gruczołów wnęki prawej i nieznaczne zawoalowanie górnego płata płuca prawego). Przebieg z ciepłotą podgorączkową 37,3—37,5. W wywiadzie ospówka, przebyta w 5-tym mies. życia. Wystąpieniu pęcherzyków połpaśca towarzyszyło wzniesienie ciepłoty do 39^0, objawy ogólnego niedomagania oraz wrażliwość okolicy wykwitów. Przebieg sprawy był zupełnie typowy dla półpaśca: temperatura utrzymywała się w granicach 38^0 — 39^0 w ciągu 4-ch dni, poczem spadła do normy. Pęcherzyki

przyschły i pokryły się brunatnemi strupkami, po ich odpadnięciu pozostały powierzchowne ciemne blizny.

Jakkolwiek znany nam był pogląd na pochodzenie zakaźne półpaśca, jednak dziecko, ze względu na przebytą poprzednio ospówkę, nie było izolowane i pozostawało nadal w boksie otwartym (z powodu gruźlicy wnęki) w końcu sali, na której leżało oprócz niego 9 innych niemowląt.

Dnia 23 marca, t. j. na 15 dzień po opisanym przypadku półpaśca wystąpiła typowa ospa wietrzna u dwojga niemowląt, których łóżeczka znajdowały się w pobliżu przypadku półpaśca w odległości 1,5 — 2 m.

Przyp. 1. Kazio W. 8 mies. znajdował się na oddziale od 26.I z powodu cieżkiej krzywicy (craniotabes, zgrubienie nasad kości długich, różaniec, zniekształcenie klatki piersiowej). Odczyny tuberkulinowe miał ujemne. Przebieg ospówki w tym przypadku był lekki, pomimo bardzo licznych pęcherzyków, ciepłota nie przekraczała 38,5 i utrzymywała się parę dni. Żadnych powikłań nie było.

Przyp. 2. Michał G. w wieku 4 mies. przebywał w Klinice od 11.II z rozpoznaniem hypotrophia, wypisany do domu 19.III; 23.III z objawami typowej ospówki zgłosił się do przychodni klinicznej.

Po upływie 14 dni od przypadków ospówki mieliśmy w Klinice epidemję wewnętrzną, na którą złożyło się jeszcze kilka przypadków ospówki — zarówno na oddziale niemowląt jak i wśród dzieci starszych oddział ogólny *).

Analizując spostrzegany przez nas przypadek półpaśca, musimy podkreślić:

1) Jednoczesne zachorowanie na ospówkę dwojga dzieci, znajdujących się na oddziale od dłuższego czasu, nie mających styczności z ospówką, która wystąpiła u nich na 15-sty dzień po przypadku półpaśca, znajdującym się w pobliżu, co pozwoliło nam doszukiwać się źródła zakażenia ospówką w półpaścu.

2) Wystąpienie półpaśca (ospówkowego) u dziecka z przebytą przed 13 mies. ospówką.

3) Wystąpienie półpaśca u dziecka gruźliczego, przytem po stronie powiększonych gruczołów wnękowych (po stronie stwierdzonego w radiogramie ogniska).

Sprawa związku półpaśca i ospówki nie jest nowa. Bókay

*) W tym samym czasie w Wilnie obserwowany był również przez Dr. Karnicką przypadek półpaśca u osobnika w wieku około 50 lat. Osobnik ten zachorował w dniu 6.IV a 22.IV t. j. na 16 dzień stwierdzono ospówkę u 8-letniego chłopca, ktory mieszkał i przebywał stale razem z chorym. Źródłem zakażenia w tym przypadku był półpasiec.

z Budapesztu pierwszy w roku 1888 zaobserwował przypadek półpaśca u jednego z członków rodziny, a po 10 dniach u drugiego ospówkę. Spostrzegane przypadki Bókay opisał w 1892 r. a odtąd w piśmiennictwie światowem spotykamy bardzo liczne doniesienia o podobnych przypadkach, wskazujących na związek epidemjologiczny pomiędzy temi dwiema jednostkami chorobowemi. Sprawa jadu ospówki i półpaśca wciąż interesuje liczne umysły i—jak widać z naszego przypadku—posiada również znaczenie praktyczne.

W 1909 r. Bókay na Kongresie Międzynarodowym w Budapeszcie, opierając się na ogłoszonych do tego czasu spostrzeżeniach, tak formułuje swój pogląd: „Nieznany nam dotychczas zarazek ospy wietrznej wskutek pewnych nieznanych również okoliczności może wywołać zamiast ogólnej wysypki wykwity półpaśca, półpasiec zaś powoduje przez infekcję znów ospę wietrzną u innych osobników".

W roku 1924 a potem w 1928 Bókay omawia w obszernych pracach liczne opisane przypadki, dochodzące już do paruset spostrzeżeń, oraz prace doświadczalne w sprawie powyższej. Poglądu swego na wspólne pochodzenie ospówkowej postaci półpaśca (herpes zoster varicellosus) i ospówki Bókay nie zmienił.

W ostatnich latach Hans Alterthum z Berlina przytacza swe obserwacje, dokonane w ciągu 8 lat i dotyczące 36 przypadków półpaśca, z których 23-em przypisuje pochodzenie ospówkowe. Alterthum podzielił swe przypadki na następujące grupy:

1) Półpasiec był źródłem zakażenia ospówką (8 przypadków).

2) Półpasiec wystąpił, po zetknięciu się z chorymi na ospówkę (3 przypadki).

3) Półpasiec wystąpił po półpaścu (1 przypadek).

4) Półpasiec występował naprzemian z ospówką (11 przypadków).

W piśmiennictwie polskiem Rothfeld w 1927 r. opisał parę przypadków półpaśca ospówkowego, spostrzeganego w przebiegu epidemji ospówki. Sprawę półpaśca ospówkowego poruszała też Wepperówna oraz Wł. Szenajch (Pol. Tow. Ped.).

Zależności pomiędzy częstością występowania półpaśca a natężeniem epidemji ospówki nie udało się ustalić. Opierając się na tem, Perutz, po zebraniu statystyki półpaśca i ospówki z 2-ch gmin Wiednia, przychodzi do wniosku, że epidemjologiczny związek pomiędzy opisywanemi jednostkami chorobowemi jest nieprawdopodobny.

Odnośne piśmiennictwo podaje między innemi przypadki pół-

paśca ospówkowego u osobników, które przebyły ospówkę, — lub też przypadki jednoczesnego występowania półpaśca z niewielką ilością pęcherzyków ospówkowych. Przypadki te były źródłem zakażenia ospówkowego dla otoczenia. (Sheer z Holandji, Magda Frej i inni). W naszym przypadku półpasiec wystąpił również u dziecka, które już przebyło ospówkę. Jest to drugi, bardzo ważki czynnik, dający broń w ręce przeciwników teorji Bókay'a, na czele których stoi pedjatra francuski Comby. Czynnik ten w rzeczywistości nie wyklucza jednak wspólnego pochodzenia obu spraw, wskazuje on raczej, że przebycie półpaśca nie w każdym wypadku daje uodpornienie przeciw ospówce i odwrotnie, — gdy zaś przebycie ospówki jak wiadomo, uodparnia na życie całe.

Unitaryści (Vaglio, Bókay) występując w obronie swego poglądu tak tłumaczą powyższe zjawisko: virus ospówkowy jest dermo i neurotropowy i najczęściej wywołuje wysypkę ogólną (ospówkę), która po przebyciu uodparnia cały ustrój, jednak w pewnych, nielicznych wypadkach występuje uodpornienie częściowe i przy ponownem zetknięciu z zarazkiem przejawia się jego działanie neurotropowe, dzięki czemu osobnik zapada na półpasiec, sam zaś jad (virus) w dalszym ciągu może dawać zakażenia zarówno ospówką (częściej) jak półpaścem, zależnie od skłonności zakażanych osobników.

Niezupełne uodpornienie przeciwko jadowi ospówki lub wybiórcze uczulenie na jad ospówkowy systemu nerwowego ma występować szczególniej u osobników, których ustrój został uszkodzony pod wpływem innych jadów, jak między innemi arszenikiem lub rtęcią.

Brak uodpornienia w naszym przypadku po przebytej ospówce przeciw półpaściowi w myśl teorji częściowej odporności możnaby tłumaczyć gruźlicą. Wallgren wśród 10 omawianych przypadków półpaśca ospówkowego 7 miał u dzieci gruźliczych — z ogniskiem dokładnie umiejscowionem. W przypadkach tych prawdopodobnie jad gruźliczy usposobił do zadziałania virusu na określone zwoje nerwów. Świadczyło o tem wystąpienie objawów półpaśca po stronie ogniska.

Na związek półpaśca z układem nerwowym wskazują: Krzyształowicz, Bernhardt i inni, uważając, że prawdopodobnie jad, względnie zarazek, drogami doprowadzającemi przedostaje się do jednego lub większej ilości zwojów międzykręgowych, wywołując zapalenie. Drogi, odchodzące ku obwodowi, odgrywają rolę dróg rzutowych dla zmian, objawiających się w skórze. Balogh z Budapesztu w 5-ciu przypad-

kach ospówki, które zakończyły się sekcją, stwierdził w tkance łącznej, otaczającej zwoje, objawy świeżego zapalenia i na podstawie badania histologicznego dochodzi do wniosku, że wykwity ospówki powstają na drodze naczynioruchowych zaburzeń w odżywianiu skóry. Przypuszczenia te zgadzają się z klinicznemi obserwacjami i dają możność tłumaczyć segmentarne występowanie wykwitów ospówki w tych przypadkach, gdy virus ospówki dla jakichbądź powodów nadmiernie i wybiórczo drażni pojedyńcze zwoje lub ich otoczenie.

Z przypadków ospówki, obserwowanych przez nas w klinice, zasługują na uwagę dwa, które mogłyby potwierdzić powyższe poglądy. 1) Janina B., 9 mies., przebywała w Klinice od 11.III 1929 r. z powodu lues congenita. U dziecka od 6 mies. życia stwierdzano porażenie wiotkie dolnej kończyny prawej — status post poliomyelitidem. Dnia 11.IV dziecko zachorowało na ospówkę, przytem zauważono, że pęcherzyki zgrupowały się w większej ilości w okolicy prawego pośladka i kości krzyżowej: już w parę dni po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych, w miejscu pęcherzyków zauważyliśmy że tkanki uległy częściowo martwicy, temperatura przez dłuższy czas utrzymywała się około 40°, gojenie się pęcherzyków było powolne. Bezpośrednio przed wystąpieniem ospówki dziecko było leczone rtęcią i arszenikiem (Calomel, neosalvarsan).

Przypadek 2-gi, obserwowany w roku 1928, dotyczy również dziecka kiłowego. A., 7 lat, przyjęty 7.XII 1927 roku. 4.I wystąpiła ospówka: pęcherzyki pojedyńcze, rozsiane po tułowiu, większe ilości pęcherzyków zgrupowane były na ramionach i wzdłuż wewnętrznej powierzchni kończyn dolnych. Dziecko to również leczono arszenikiem przed wystąpieniem ospówki.

Próby wyświetlenia etjologicznego związku pomiędzy ospówką a półpaścem za pomocą szczepień zawartością pęcherzyków półpaśca w celu uzyskania uodpornienia, lub przeniesienia choroby, oraz badania serologiczne przeprowadzali liczni badacze, pomiędzy innymi Kundratitz. Szczepił on małe dzieci zawartością pęcherzyka półpaśca, udało mu się nietylko wywołać odczyn miejscowy, ale i uodpornić te dzieci przeciw ospówce. Kundratitz stosował również w celach zapobiegawczych surowicę ozdrowieńców po półpaścu podczas epidemji ospówki.

Lauda i Stöhr szczepili za przykładem Kundratitza 54 dzieci, posługując się 17 przypadkami półpaśca. Otrzymali nieco odmienne wyniki, w kilku tylko przypadkach na 2—3-ci dzień zauważyli nieswoisty odczyn skóry. Troje dzieci, które nie miały żadnego miej-

scowego odczynu, po 14 — 18 dniach zachorowało na ospówkę, u dwojga z nich źródłem zakażenia mógł być tylko półpasiec.

De Lange, Netter, Netter i Urbain i inni przeprowadzali również badania serologiczne półpaśca z ospówkowym antygenem. Netter i Urbain na 80 przypadków mielj 78 wyników dodatnich odchylenia dopełniacza. W późniejszej pracy ci sami autorzy na 100 badań otrzymali dodatni wynik odchylenia dopełniacza w 93. Jednak z nich tylko w 13 przypadkach półpaśca mogli klinicznie i etjologicznie uważać go za herpes zoster varicellosus, w pozostałych przypadkach była to zwykła typowa „fiévre zosterienne". Jednak Lauda i Silberstein w 30 przypadkach półpaśca, posługując się powyższą próbą serologiczną, otrzymali wynik ujemny. W ten sposób wyniki badań serologicznych i szczepień nie są zgodne ani dostatecznie przekonywujące.

W naszym przypadku szczepienia zawartością pęcherzyka uważaliśmy za niemożliwe ze względu na gruźlicę u dziecka z półpaścem — zaś próby serologiczne z antygenem ospówki nie mogły być miarodajne, gdyż dziecko przebyło już poprzednio ospówkę.

Względy powyższe oraz mała liczba przypadków nie pozwala nam wyciągać daleko idących wniosków z obserwowanej epidemji. Nie możemy jednak zupełnie odrzucić tezy Bókay'a. Spostrzeżenie nasze raz jeszcze wskazuje na związek półpaśca z ospówką. Związek ten zapewne będzie wyjaśniony dopiero wówczas, kiedy zostanie wykryty virus ospówki i półpaśca.

Nadmienić należy, że występowanie półpaśca w przebiegu lub zakończeniu innych chorób zakaźnych świadczyłoby o różnorodnem pochodzeniu tej postaci chorobowej. Nie wyklucza to jednak pochodzenia ospówkowego niektórych przypadków półpaśca.

Przypadek nasz pozwala natomiast na wyciągnięcie jednego ważnego wniosku praktycznego: ***należy odosobnić każdy przypadek półpaśca, znajdujący się w środowisku dzieci, aby uniknąć możliwości wystąpienia ospówki.***

Widzimy przeto, że wbrew opinji Comby, który uważa, że cała sprawa „nie warta jest tej ilości atramentu, jaka została wylana na napisanie poświęconych jej prac", dalsze badania i obserwacje są nader wskazane.

Piśmiennictwo.

1) Alterthum H. Monatschrift für Kinderheilk. 40 t. 1928. 2) Bernhardt R. Choroby skóry. Warszawa. 3) Bókay Johann. Jahrbuch für Kinderheilk. 105. t. 1924. i t. 119—1928. 4) Comby J. Archiv. de médécine des en-

fants. z. 4. 1929. 5) Debré R. Revue francais de pediatric. 1926. 6) Krzyształowicz J. Choroby skóry. Warszawa. 7) Kundratitz K. Zeitschrift für Kinderheilk. 40 t. 1925. 8) Lauda u. Stöhr. Monatschrift für Kinderheilk. 34 t. 1926. 9) Pfaundler. Schlossmann. Handbuch der Kinderheilk. III wyd. 1924. 10) Rothfeld J. Polska Gazeta Lekarska Nr. 1. 1927. 11) Scherr. Jahrbuch für Kinderheilk. 117. 1927. 12) Wallgren A. Acta pediatrica scandinavica. 1928. 13) Perutz. Dermatolog. Wochenschr. t. 84. 1927.

Aus Der Kinderklinik U. S. B. in Wilno.

Dir. Prof. Dr. *W. Jasiński.*

Herpes Zoster U. Windpocken.

Dr. JADWIGA MURASZKO

Asist. der Kinderklinik.

In der Klinik wurde ein Fall von Herpes Zoster varic. beobachtet bei einem tuberkulösen, 18 Mt. alten Kind. Der Herpes war auf Seite der tbc. Lungenherdes lokalisiert und ist im 13 Mt. nach überstandenen Windpocken aufgetreten. Dieser Fall wurde für Windpocken-Infektionsquelle nach 16 tagen für zwei Kinder, die eine längere Zeit mit dem herpeskranken Kinde in Kontakt waren.

Es wird damit die Ansicht von Bókay und seiner Anhänger bestätigt; also 1) das gemeinschaftliche Virus von Windpocken und von manchen Herpes Zoster-Fällen, 2) das Auftreten einer teilweisen Immunität nach überstandenen Windpocken und 3) die Offenbarung der Windpockenvirus in einer neurotropen Wirkung. Der begünstigende Faktor war in diesem Falle wahrscheinlich Tuberkulose.

Die in der Literatur angeführten serologische Untersuchungen und Überimpfungen sind nicht genug überzeugend und bedürfen einer weiteren Forschung.

Antrag: Izolierung von Herpes Zoster-Fällen zwecks Vermeidung von Windpockeninfektion ist notwendig.

Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Objawy głodu morfinowego u noworodka.

(*Wygłoszone na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Szpitalnych m. Wilna dn. 3 II.30*).

Chciałbym podać do wiadomości kolegów dziwny przypadek, jaki poraz pierwszy obserwowałem po 34 latach mojej praktyki, a i w piśmiennictwie lekarskiem wzmianki podobnej nie znalazłem. Sprawa ma się tak. Od lat niemal 20 obserwuję chorą morfinistkę, z zawodu farmaceutkę. Pociąg do morfiny ujawniała chora okresowo. W początkach jej cierpienia wynik leczenia bywał dość pomyślny, natomiast w ostatnich latach jesteśmy zupełnie bezradni i pomimo że chora była już internowaną we wszystkich bodaj instytucjach leczniczych w Wilnie, celem odzwyczajenia jej od morfiny, wszelkie usiłowania zawiodły. Chora ujawnia wprost zadziwiającą pomysłowość w zdobyciu morfiny: zarówno w lecznicach, jak w domu umiała bałamucić lekarzy, zdobywając zbawczą dla siebie dawkę morfiny. W ostatnich czasach używała do *półtora grama* (*1.5!*) tego środka na dobę. Ta właśnie „bohaterka" urodziła w miejskim szpitalu żydowskim dnia 17.I.1930 dziewczynkę. Ciekaw byłem obserwować, jak wada matki — nadużycie morfiny — odbije się na dziecku. Przedewszystkiem zakazaliśmy matce karmić dziecko z obawy zatrucia, wobec tego karmiono dziewczynkę mlekiem innej kobiety. Byliśmy spłoszeni, gdy u dziecka od pierwszego dnia życia wystąpiły jakieś swoiste drgawki. Po zbadaniu dziecka z pewnością mogliśmy wykluczyć schorzenia mózgowe, które mogłyby powodować te kurcze. Drgawki nie odpowiadały również cechom kurczów w przypadkach wylewów krwawych do opon mózgowych, co naprz. niekiedy towarzyszy nałożeniu kleszczy. Były to drgawki bez krzyków, symetryczne, o cechach klonicznych, obejmowały kończyny, tak górne, jak i dolne, przeważnie zaś górne, ponadto zaznaczały się również w mięśniach twarzy. Drgawki były bezustanne, ustępując tylko we śnie.

Dziecko miało prócz tego ochrypły głos, który tłumaczyłem sobie również skurczem mięśni krtani. Przyglądając się dziecku, powziąłem myśl, że drgawki są następstwem abstynencji morfiny. Wychodziłem z tego punktu widzenia, że u dorosłych niejednokrotnie obserwowałem kurcze, a nawet napady padaczkowe na tle tej absty-

nencji. Zaznaczam mimochodem, że ani brom, ani wodan chloralu bynajmniej nie uspokoiły drgawek u dziecka.

Wychodząc z założenia abstynencji morfiny, spróbowałem raz podać dziecku morfinę, lecz to nie odniosło skutku. Nie wiedząc, jaka dawka morfiny jest właściwą w danym wypadku, a obawiając się dawać dziecku morfinę larga manu z obawy zatrucia, uznałem, że najściślejszą miarą będzie mleko matki, gdyż przez organizm matki dziecku zaszczepiono przyzwyczajenie do określonej dawki morfiny. W związku z tem rozumowaniem zdobyłem się na to, ażeby po 5-ciu dniach abstynencji przystawić dziecko do piersi matki, mimo to, że matka używała w szpitalu codziennie 0,4 morfiny. Byliśmy zmuszeni przyśpieszyć realizację tej decyzji, obawiając się, że wrazie zwłoki matka straci mleko. Zachęciła nas do tego i matka, podając, że 4 lata temu, wcale nie naradzając się z lekarzami, karmiła urodzone wówczas dziecko i dziecko to rozwijało się pomyślnie, bez wszelkich złych następstw. Skutek przystawienia do piersi matki był wprost cudowny: już wieczorem pierwszego dnia karmienia drgawki wybitnie zmniejszyły się, a następnego dnia zupełnie znikły. Jednocześnie stwierdzono, że dziecko, które w czasie abstynencji było niespokojne i miało wygląd ponury, zmieniło wyraz twarzy na zupełnie pogodny i uspokoiło się. Znikł również ochrypły głos, nabierając zwykłego odcienia głosu noworodków. Godzi się również zaznaczyć wysokość wagi w czasie abstynencji i po tym okresie. Po porodzie t. j. dn. 17.I dziecko ważyło 3000 gr. W czasie abstynencji waga stopniowo spadła do 2.500 gr. Natomiast dnia 1.II.—a więc w okresie normalnego karmienia — waga podniosła się do 2800 gr. Notuję jeszcze szczegóły następujące: gdy dziecko przykładano do piersi matki, wyrażało ono zadowolenie i po 1 2 minutach zasypiało, to też matka je raz poraz budziła, żeby zachęcić do ssania, natomiast gdy dziecko przykładano do piersi innej kobiety, ono ssało bardzo niechętnie, a w sen nie wpadało. Z powyższego pozwalamy sobie wywnioskować, że matka morfinistka powinna sama karmić swe dziecko.

Dr A. WIRSZUBSKI.

Morphiumsucht bei Neugeborenen.

Verfasser beobachtete über 20 Jahre eine Morphinistin, welche vor Kurzem im Krankenhaus ein Mädchen geboren hat. Da die Mutter 1—1½ gram Morphium täglich verbrauchte, jedoch im Kran-

kenhause nur 0,4 pro die, veranlasste der Verfasser kein Stillen durch die Mutter auf Rücksicht einer möglichen Vergiftung des Kindes durch das Morfiummilch.

Der Saügling verfiel dabei kontinuirlichen Krämfpfen der Extremitäte und Gesichtsmuskeln, wurde unruhig, verlor an Gewicht und hatte eine belegte Stimme.

Nach 5 Tagen einer künstlichen Ernährung wurde das Kind an die Mutter—brust angelegt und binneu 24 Stunden waren alle pathologische Erscheinungen verschwunden. Die Mutter theilte auch dabei mit dass vor vier Jahren hatte sie ihr erstes Kind durch die Brust ohne jeglichen schlechten Nachfolge ebenso ernährt.

Der Verfasser kommt zum Beschluss, dass es die Ernährung der Kinder durch die eigene Brustanlegung bei Morfiumsucht der Mütter notwendig erscheint.

D-r Ludwik Czarkowski †

Wilno w latach 1867—1875 (ze wspomnień osobistych).

(Dokończenie).

Tutaj jest, sądzę, pora i miejsce, abym przeszedł od strony materjalnej do duchowej. Księgarni było w Wilnie 5. Najstarsza zasłużona firma Józefa Zawadzkiego mieściła się tam, gdzie dziś (z dniem 1-go września r. 1928 przeprowadziła się na ulicę Zamkową), wydawała wyłącznie książki w języku polskim, książki do nabożeństwa (znana „Służba Boża") i inne religijnej treści, otrzymywała przedpłatę na pisma warszawskie. Na wystawie jednak książek polskich prawie nie było. Zdobiły ją książki w języku francuskim, tylko w r. 1872 ukazała się zdumionym oczom najświeższa nowość wydana w Lipsku „Polska i Rosja" przez b. radcę stanu Krzywickiego, duchem służalczości, pseudolojalizmu i pokory względem Moskwy nasiąknięta. Naturalnie leżała na wystawie z nakazu władz. Ponadto były muzykalja i skład fortepianów oraz fabryka świec do użytku kościelnego (były i gromnice). Ta ostatnia mieściła się we własnej obszernej posesji Zawadzkich razem z drukarnią. 2) Lambecka na Imbarach trzymała książki wyłącznie w językach obcych: niemieckie, francuskie, angielskie, włoskie. 3) Asza na rogu Wielkiej i zaułka Szwarcowego. 4) Krasnosielskiego przy ul. Niemieckiej, chociaż właściciele tych dwóch ostatnich byli izraelitami, miały one na składzie wyłącznie prawie książki polskie. I jedna i druga wydawały przed r. 1864 drobniejsze utwory polskie. Naturalnie w porównaniu z Zawadzkim, były to księgarnie małe. Uświerkły po r. 1881. 5-ta była to znów księgarnia (i drukarnia) Syrkina, żyda, który oddał się na usługi rządu rosyjskiego. Usunął ze swej oficyny wszystko, co trąciło polskością, przezwał swą księgarnię „Russkaja kniżnaja torgowla". Mieściła się ona przy ul. Wielkiej w byłym pałacu Chodkiewiczów, wtedy Kuratorjum Okręgu Naukowego, w tym lokalu, który dziś zajmuje krawiec Nowicki. Przetrwała tam lat 50 z okładem. Z drukarni to Syrkina wychodziły wszelkie broszury polakożercze. Ona to puściła w świat—ładnie wydany z chromolitografją „Zołotoj Ałtarik", w tłumaczeniu z polskiego „Złoty Ołtarzyk" przez smutnej pamięci Niemekszę. Zaułek Literacki przezwany przez moskali Pokrowskim, zgodnie ze swą polską nazwą utrzymywał coś ze sześć antykwarenek. Żyły one z handlu używanemi podręcznikami i innemi takiemiż książkami, miały one czytelnie. Jakoś dawały sobie radę i nie bankrutowały. Gdyś zdobył zaufanie, mogłeś wypożyczyć za większą cenę (5 kop. od tomu) i polską powieść np. Kraszewskiego. Najwięcej czytelników śród młodzieży liczył Mayne Reid, którego po polsku wtedy nie było wcale, przekłady rosyjskie Ponson de Terraila (Klub czerwonych waletów. Pochożdenja Rokambola) Dumasa ojca, Trzej muszkieterowie, Bélota M-lle Giraud—ma femme, w ros. tłumaczeniu: M-lle Żiro, moja supruga, wybornie wtajemniczał w miłość lesbijską. Z zaułka Literackiego wydostał się na szersze wody Strakun, który za przykładem Syrkina założył w Warszawie w domu Staszyca Russkuju Kniżnuju Torgowlu. Na uboczu od tamtych i w mieszkaniu przy ulicy Bakszta za hotelem Niszkowskiego

miał księgarenkę antykwarjusz Kinkulkin, znany przyjaciel Syrokomli. Tu już mogłeś dostać i zakazanego owocu. Ja sam w V-ej klasie nabyłem „Kronikę emigracji polskiej" w 6-ciu tomach, czasopismo wychodzące w Paryżu. Nabyłem też i Pana Tadeusza w paryskiem wydaniu. Raz, czy dwa zastałem tam świeżo przybyłego młodego nauczyciela historji Junickiego. Ukrył go przezornie Kinkulkin w trzecim pokoju, przymknąwszy drzwi i szepnąwszy mi o niebezpieczeństwie. Czmychnąłem coprędzej.

Teatr już był rosyjski, Murawjew bowiem był kazał magistratowi wynieść się z ratusza i odpowiednio gmach przysposobić. Teatrzyk niewielki, wyświeżony o 3 piętrach lóż, pomalowanych, polakierowanych na biało, z ozdobami z bronzu, wyglądał schludnie. W zespole pozostawały jeszcze niedobitki z polskiej trupy: Dąbrowski — reżyser, Surewiczostwo, Źródelska, Deryng. Mieszkał w Wilnie znany śpiewak Zelinger, odtwórca Jontka w Halce Moniuszki, ale nie grywał. Grywano rzeczy lekkie, operetki, wodewile, komedyjki — tłumaczone lub „patrjotyczne" (Susanin). Pewnego razu p. Cebrowski oznajmił nam uczniom gimnazjum 3 i 4 klasy, że poprowadzi nas w najbliższą sobotę do teatru na sztukę klasyczną, ile że klasycyzm w szkołach średnich wchodził w życie. Zakupił dwie loże drugiego piętra na 12 osób i poszliśmy. Tą sztuką klasyczną była ni mniej, ni więcej tylko „Piękna Helena", operetka Offenbacha. Scena już od pierwszego ukazania się Parysa i trzech bogiń przykuła naszą uwagę. Wpatrzeni byliśmy jak w... obraz. Szczególniej, gdy w półmroku na scenie uścielano prawie małżeńskie łoże dla młodej pary, gdy zaszarzał Parys w binoklach na nosie, zaś Helena w grubym negliżu, usłyszeliśmy ostry szept... wujaszka Józia (tak nazywany był przez nas w cichości p. Cebrowski): „Dieti pora domoj, idiom". Ale, tak to zaraz na poczekaniu da się zrobić, opuszczać teatr aż z dwóch lóż — to zwracać na siebie powszechną uwagę, sykanie i t. d. Siedzieliśmy nieporuszeni, jak mur. Przecież przez policję nas stąd nie będzie wyciągał, byłby to skandal nad skandale! Dopiero gdy się przedstawienie skończyło — runęliśmy hurmem rozradowani, rozbawieni... Tylko oblicze „wujaszka Józia" nie zwiastowało nic dobrego. Jakoż, gdyśmy wrócili do domu, złorzeczeniom, lamentom nie było końca. Aż niby piorun z gradowej chmury wypadła z ust wujaszka Józia homeryczna iście sentencja: „To g... o psie, nie żaden klasycyzm". Odtąd już zamiast „wujaszek Józio" mówiliśmy: wujaszek g... o psie i to wystarczało, wiedzielismy wszyscy, o kim była mowa. Publiczność polska teatr bojkotowała z wyjątkiem, gdy przyjeżdżała opera włoska i grała np. Halkę po włosku, ale w kostjumach narodowych. W czerwcu 1875 r., gdy już nasza 8-a klasa zwolniona została na egzaminy, poszedłem przebrany po cywilnemu na Halkę. Na galerji też nie było przestronno. Ciskało się tam i miotało 2-ch żandarmów, czyniąc „porządek". W pierwszych kilku latach, czy dlatego, że na scenie ukazywali się jeszcze aktorzy polscy, czy też dla braku orjentacji, a wskutek przygnębienia popowstaniowego bojkot nie był tak ściśle przestrzegany. W ten sposób mogłem być na „Dziesięć cór na wydaniu" (desiat niewiest i ni odnogo żenicha), gdzie gospodarza ojca grał Dąbrowski, Synonję — Surewiczowa. Byłem na „Gore ot

uma" Gribojedowa, poprowadziłem ojca. Najlepszy z ojców uśmiał się do łez z bohaterów „Rewizora". Na jakimś wodewilu posłyszałem śpiewkę o komarze, opiewającą potęgę tego kąśliwca w słowach bohatera: — „Oj batieńki nie mogu, stupił komar na nogu, wsiu nożeńku izłomił, wsiu stupieńku razmożżił. Daj ty mat' topora, Rubit' siecz komara". W kilka lat potem czytałem u Sienkiewicza, bodaj w „Szkicach węglem": Coś tam w lesie huknęło, Coś okrutnie stuknęło, A to komar z dębu spadł, i stłukł sobie w grzbiecie gnat". Ciekawość skąd ci autorzy zaczerpnęli takie wyolbrzymienie komara. Z motywów ludowych?

Przez jakiś czas stykałem się nawet z autorem dramatycznym. Był nim niejaki Koch, uczeń klasy VI-ej, starszy na stancji uczniowskiej pp. Cebr.

Obowiązkiem jego było: wspólny pacierz zrana i wieczorem, czuwanie nad przystojnem zachowaniem się uczniaków, pomoc w przygotowaniu się do lekcyj, przesłuchiwanie słabeuszów, prowadzenie w ordynku do klas i na przechadzkę. Koch wolał studjować teatr, wpisywać swe utwory do grubego zeszytu, wreszcie dzielić się swemi wrażeniami z zasługującymi na zaufanie. Na takich upatrzył sobie mnie i Michałowskiego, który też bawił się w poezję, tylko że polską. Obaj byliśmy uczniami 4-tej klasy, nie potrzebowaliśmy korepetytora, więc niebardzo cierpiała godność starszego na obcowaniu z nami. Tytułów sztuk, a treści pamięć moja nie zachowała z wyjątkiem jednego wierszyka, wykazującego wyższość pięknotek sielankowych nad wielkoświatowemi!

Miejscem rozrywki dla polsko-rosyjskiej inteligencji (żydów tam nie przyjmowano) był klub szlachecki (Wilenskoje Dworianskoje Sobranje), mieścił się w pałacu Ogińskich przy zaułku Dworianskim, dziś Bosaczkowskim. Ze wspaniałej wjazdowej bramy szło się po szerokich schodach na piętro, mijając po drodze duże zwierciadła, do mogącej pomieścić kilkaset osób sali, bodaj czy nie największej i najokazalszej wówczas w Wilnie z sal prywatnych. Prócz tego, było kilka dużych bocznych pokoi. Po raz pierwszy byłem w nim, będąc w VI klasie w roku 1872 na odczycie któregoś z nauczycieli o Katarzynie II. Szliśmy musowo i jeszcze trzeba było płacić po 30 kop. Drugi raz w r. bodaj 1906 po przedstawieniu polskiem (polskiem! o radości!) „Erosa i Psyche" Żuławskiego i na wieczerzy składkowej na cześć obecnego autora i zespołu teatralnego. Dziś ten dom pałac, wychodzący drugą stroną (przejść na nią trzeba przez dwa dziedzińce) na ulicę Rudnicką Nr. 6, należy do jegomości, którego nazwiska jedyna w tym ogromnym domu dusza chrześcijańska, stróżka wykrztusić nie zdołała, dopiero stojący obok „mniejszościowiec" dopomógł jej, że ten pan właściciel to się nazywa Lichtensztejn! A ulicę dotykającą kątem prostym pałacu, nazwaliśmy nie tak dawno Hetmańską! Komuż to hetmanią Lichtensztejnowie i od kiedy? O ironjo! Nie jestem wielbicielem arystokracji, nie życzę broń Boże niczego złego panu Lichtensztejnowi (raczej tym, którzy mu tę posiadłość sprzedali).

Nie jestem miłośnikiem życia klubowego, a jednak „żal serce ściska, dusza boleść czuje", gdy tak idzie na marne i kurczy się własność polska. Ale przejdźmy do rzeczy weselszych.

Szkolnictwo. Trafiłem tedy na pensję sióstr Gejslerówien. Założona na kilka lat, jako szkółka przygotowawcza do zakładów średnich, była mieszaną dla obojga płci, jakby dziś powiedziano koedukacyjną. Od r. 1867 jednak dziewczynek już nie przyjmowano nowych. Gejslerówny, starsza Regina, panna i młodsza Eleonora, od paru lat zamężna za Józefem Cebrowskim, geometrą z zawodu, utrzymywały tę pensję we własnym domu przy zaułku policyjnym (dziś ul. Końska 10 dom Szyszmana — izraelity). Szyszman nabył go przed kilku laty od „Geni" Gejslerówny. Pensja zajmowała całe pierwsze piętro, składające się z 9 pokoi, kuchni i przedpokoju. Ponadto pp. Cebrowscy donajmowali jeszcze 1-sze piętro prawej oficyny pałacu Ogińskich, przylegającej do ich domu, łączyły te dwa lokale wybite w murze drzwi, z których po 4-ch stopniach schodziło się do pokojów w domu Ogińskich. Było ich 5, na lewo dziewiczy pokój „cioci Regisi" i 2-gi dla panny służącej (dwie sługi odwieczne, Weronika — pokojowa i Teodora — kucharka. Sypiały w kuchni oraz 3-ch pokojach, z których jeden duży o 3-ch oknach i dwa małe (na 2 łóżka). Pokoje w domu Ogińskich szły w amfiladzie, oknami od ulicy Miljonowej. Dół od obu ulic zajmowało kilka drobnych sklepików żydowskich z wiktuałami i galanterją i fryzjer. W końcu podwórza, niewielkiego zresztą, była kuźnia, istniejąca po dziś dzień i obok na pół piętrze mieszkanie kowala. Właścicielem kuźni, jakoby przed nie tak dawnemi laty był niejaki Gejsler, ojciec, a może dziad właścicielek pensji. Te miały brata Jana w Charkowie, ożenionego z rosjanką. Dwaj jego synowie Jaś i Sasza byli pod opieką ciotek. Starszy, gdym przybył do Wilna, studjował farmację w Wołkowysku pod okiem p. Chrzanowskiego, katolika i polaka, szwagra p. Cebrowskiego, spolszczył się zupełnie, po moskiewsku, gdy wypadło, mówił źle i niechętnie. Młodszy „Sasza" (Aleksander) chociaż mówił po polsku, ale jakby z konieczności i miał się za rosjanina. W r. 1873 po śmierci ojca zjechała i trzecia latorośl rodu Gejslerów Sofja Iwanowna Gejsler, nie umiejąca ani słówka po polsku „chochłatka". Rodzina bliższa i dalsza Cebrowskich była o wiele liczniejsza wyznaniowo więcej jednolitą, kalwińską, narodowość niepodzielnie panowała tu polska. P. Cebrowski ożenił się p. Eleonorą Gejslerówną, będąc wdowcem, ojcem trojga dzieci. Najstarszy syn „Luda" (Ludwik) był właśnie w r. 1867 w V-ej klasie, średni „Oleś" był w III, najmłodsza córeczka Felicja, oczko w głowie macochy, ładniutka, wątlutka, może 10-letnia, przykładała się do nauk na pensji rodziców, po za którą, o ile wiem, nie sięgnęła, wyszedłszy dość wcześnie za mąż za zawiadowcę stacji Wilno Hundriese'a, gdzie wyzbyła się jakoby narodowości swego ojca i przylgnęła do zmoskalałych niemców. Miał p. Cebrowski 7 sióstr zamężnych, z których cztery za cukiernikami: Bemowa, Damanowa, Szporowa — w Wilnie, Habitowa w Białymstoku, poza tem: Straussowa, doktorowa w Wilnie, Chrzanowska w Wołkowysku i Syrwidowa, żona urzędnika, znów w Wilnie. Cała ta rodzina żyła ze sobą w przykładnej zgodzie, raz na rok spotykała się u pp. Cebrowskich. Niestety panie Bemowa, Damanowa, Habitowa, Straussowa były bezdzietne. Inne miały po jednem lub po dwoje dzieci. Pan Cebrowski z drugą żoną nie miał ich także. Zanosiło się tam ponoś kie-

dyś na coś, ale „skamieniało“ i pozostało w łonie. Brzuch też pani Eleonora miała duży, wypukły. Mieliśmy sposobność szczególniej wyraziście oglądać go zrana, gdy zstępowała do naszego oddziału 2-go na wypicie mlecznej kawy lub herbaty, ubrana tylko w szlafrok, znakomicie uwypuklający kształty.

Tu zdziwiony, a może i zgorszony czytelnik zapyta, po co i w jakim celu umieściłem ten cały rodowód połączonych ze sobą rodzin Cebrowskich i Gejslerów. Uczyniłem to, aby wykazać, jak różnorodne czynniki składały się na te rodziny wyznaniowe i narodowościowe. Rodzina Gejslerów była wyznania ewangelicko-augsburskiego, z wyjątkiem potomstwa Jana, które stało się schizmatyckie i rosyjskie. Ród Cebrowskich był wyznania ewangelicko-reformowanego, przyczem dwie jego przedstawicielki, Chrzanowska i Syrwidowa, zaślubiły katolików i wychowały dzieci po katolicku i po polsku. Polskiemi były i wszystkie inne, prócz Jana Gejslera. W rodzinie tej mieliśmy więc wszystkie 4 religje chrześcijańskie, istniejące w kraju i dwie narodowości, żyjące ze sobą w miłości i pokoju. Oleś Cebrowski z Saszą Gejslerem sprzeczek o wyższości swej religji i narodowości nie wiedli, rozmawiali ze sobą najczęściej po polsku, niekiedy po rosyjsku, gdy okoliczności tego wymagały. Siedem lat mieszkałem w ich domu i nigdy ani razu nie słyszałem rozpraw uwłaczających jakiemukolwiekbądź wyznaniu, jakiejbądź narodowości. Katolicy, będący wśród uczniów w przygniatającej większości, nie czuli nigdy, że są w domu inowierców. W pokojach sypialnych wisiały obrazy religijne katolickie i tylko w saloniku w kącie przed złocistą ikoną „tieplił'aś łampadka“, naturalnie z musu dla przychodzących tu nauczycieli schizmatyków. Żaden też z moich kolegów, pochodzących przecie i z rodzin fanatycznie do katolicyzmu przywiązanych, nie pozwolił sobie nigdy na jakieś ubliżające o religjach niekatolickich odezwanie się, więcej powiem, krążyły wśród nas dwie opowieści. Jedna o pannie Reginie Gejslerównie (cioci Regisi), że ta w pewne wczesne poranki wzywała do swego dziewiczego pokoiku obie sługi (katoliczki), z któremi odmawiała modlitwy i rodzaj procesji dookoła stolika, nakrytego bielutką serwetą z 2-ma świecami, figurą Pana Jezusa i czaszką. Druga, że pani S. co niedziela i święto, sama będąc katoliczką obiegała świątynie innych trzech chrześcijańskich wyznań—aby w każdej z nich westchnąć też do Pana Boga. Wiedzieliśmy, mówiliśmy do siebie o tem, a jednak nikt z nas nie pozwolił sobie na jakiś żarcik z powodu zachowania się tych dwóch pań. A przecież przy dobrych chęciach i odpowiedniem usposobieniu możnaby było tu dać folgę wesołości. Czy nie tak?

Prócz rodziny gospodarzy, mieliśmy i pośród siebie 2-ch kalwinów braci Grużewskich, Konstantego i Gustawa i ani my, ani oni nie odczuwaliśmy czegoś obcego pomiędzy sobą. A przecież, gdy podczas nieobecności Konstantego Grużewskiego, nadeszły od ojca pocztą pieniądze, a przy powrocie brata Gustaw mu o tem oznajmił w sposób, jak sądził, wielce tajemniczy i bratu tylko zrozumiały: „kos, kos, diń, diń“, chochlik w nas siedzący nie wytrzymywał i kpiliśmy z Gutka na całego. Wyrozumiałości i poszanowania dla inaczej w wierze myślących uczył nas praktycznie ród Gejslerów-Cebrowskich! I to mu stawiam za pierwszorzędną zasługę, zwłaszcza, że czynione to było z całą

świadomością. Wyznanie rzymsko-katolickie traktowano tu tak, jak inaczej nie traktowanoby w domu najszczerzej i najgorliwiej katolickim. Rano i w wieczór klękaliśmy do wspólnego pacierza, który głośno odmawiał „starszy". Święta katolickie, np. Wszystkich Świętych, obchodzono uroczyście, posty obserwowano skrupulatnie, w piątek nigdy nie podawano mięsa. Co kwartał pensjonarze przygotowani przez p. Sumorokównę, nauczycielkę oddziału 1-go, szli do spowiedzi do kościoła Wszystkich Świętych, który był i najbliższy i najłatwiej tam było o spowiednika, ile że wszyscy pozostali jeszcze zakonnicy do niego zostali spędzeni.

Pensjonarzy, zwłaszcza miejscowych, nie było zbyt wielu. Klas było cztery: przygotowawczy oddział (otdielenje) 1-szy, odpowiadający klasie wstępnej gimnazjalnej, oddział II (1-a klasa) i oddział III (2-ga klasa), więc właściwie według podziałki rządowej była to pensja dwuklasowa. Internat rozpoczynał swe życie o godz. 5 rano. Z pokoju sypialnego (obok oddziału przygotowawczego) w bieliźnie nocnej, tylko z ręcznikami na ramieniu i z mydłem glicerynowem w ręce, wychodziliśmy do tego pokoju, gdzie stało na stole sześć na zielono malowanych (wewnątrz na biało) kubłów cylindrowych z kranami, napełnionych wodą, niżej na ławie stało sześć miednic. Spuszczało się koszulę do pasa, otwierało kran i zmywało porządnie: twarz, szyję, pierś i plecy. Że tam jeden drugiemu bryznął bokiem ręki trochę wody w oczy, to była rzecz powszednia, nie zwracająca na się zbytnio niczyjej uwagi, chyba że obryzgany — był nowicjuszem i mazgajem, więc czynił narazie wrzask, ale należycie wyśmiany, a może i nieco szturchnięty, dawał temu pokój. Moje apertury wielce mi dokuczały, wolałem się myć albo pierwszy, albo ostatni, żeby nie razić kolegów i nie być przedmiotem drwin. Po roku, dzięki doktorowi Cywińskiemu, zagoiłem je i skończyło się moje utrapienie. Ręczniki winniśmy byli mieć grube, aby łatwo się skóra zaczerwieniła po wytarciu. Konieczne zwłaszcza było to w zimie przy chłodnej wodzie. Włosy nosiliśmy na jeża, więc uczesanie się nie sprawiało trudności. Gdyśmy się już ubrali i odmówili wspólnie pacierz, szliśmy do stołowego pokoju — około godz. 7-ej, gdzie już na 2-ch stołach w białych kubkach fajansowych stała słodzona herbata, a do niej leżały w koszykach „hamburki" lub kromki chleba pytlowego. Gdyśmy już zasiedli, obchodziła stół Fräulein z dzbankiem w ręce i z sakramentalnem: wollen Sie Milch. Kto pożądał mleka, odpowiadał: Ich bitte, kto nie — Ich danke. Taka Fräulein była od gospodarstwa i bielizny. Gdym przybył, była nią Zuzanna, panna już dobrze podstarzała, po roku zmieniła ją Fräulein Berta, znacznie młodsza i urodziwsza, a przytem mająca litościwe serce. Nieraz, gdy się piekła w domu bułka na maśle lub placek, wetknęła mi do rąk sama, gdym szedł do sypialni lub przez którą ze sług. W roku coś 1872 czy 1873 zmieniła ją znów synowa pp. Gejslerówien— Sofja Iwanowna, osoba młoda, ale zato krzykliwa i niedostępna. Miejsce prezydjalne przy stole zajmowała pani Cebrowska, czasem któraś z nauczycielek p. Huck lub p. Sumorokówna. Po śniadaniu o 8-ej rozpoczynały się lekcje o $11^1/_2$ wielka pauza i drugie śniadanie: kawa biała lub herbata, kromka chleba z masłem i serem zielonym. Obiad o godz. 2-ej z dwóch potraw — rosół z ja-

rzynami lub makaronem, krupnik, barszcz, kapuśniak, na drugie: pieczeń, sztuka mięsa z brukwią lub marchwią. W piątki zacierka, kasza t. zw. żelazna, lub jęczmienna wieczorem o 7-ej znów herbata, jak rano i o 9-ej spać. Łóżka mieliśmy żelazne, sienniki, 1-a poduszka pod głowę i kołdra lekko watowana. Po obiedzie między godz. 3 a 4 prowadzono nas parami na spacer do miejsc, o których już się mówiło. W niedziele i święta bywała 3-a potrawa, coś słodkiego: galareta, zapiekanki, niekiedy ciastka z cukierni. Penjsonarzy nie bywało więcej niż 12. To samo tyczy się stancji uczniowskiej. Uczniów szkół średnich bywało na stancji 10—12. Pierwsi mieli guwernera, drudzy „starszego". Gdy zamieszkałem na pensji guwernerem był ± 40-letni p. Żurawski, który ustawicznie pokaszliwał i celnie, a daleko pluł. Z wejrzenia przypominał żuawa. Po jakimś 1/2 roczu zastąpił go Rymsza, który świeżo ukończył gimnazjum, musiał zebrać trochę grosza na uniwersytet. Guwerner otrzymywał, czy nie 200 rubli rocznie. Obowiązkiem jego było przepowiadać z 3-im oddziałem lekcje, prowadzić pensjonarzy na spacer, czuwać nad sprawowaniem się. Rymsza, wielki liberał, wielki nieprzyjaciel Pana Boga, nawet wobec nas nie ustawał w tej walce, zachęcając rozmaitemi sposobami nas uczniaków 1-ej i 2-ej klasy do wzięcia udziału w tej walce. Cóż kiedyśmy byli jeszcze zamłodzi, aby zrozumieć całą tę filozofję. Rymsza ubierał się po swojemu wykwintnie w ładną marynarkę modnego wówczas koloru „Bismark" (± bronzowy) z ogromnemi guzami i klapami, fantazyjny jakiś w kształcie motyla krawat, bodaj nawet się perfumował. Kędzierzawy, słusznego wzrostu z wysypującym się wąsikiem i brodą. Czytywał też. Raz, będąc niezdrów, zmuszony byłem dobę przepędzić w sypialni i pchany zdrożną ciekawością, zrewidowałem pościel Rymszy. Pod siennikiem znalazłem „Złotą Elżusię", powieść Marlitty i „Zgubne skutki samogwałtu oraz chorób wenerycznych" z niemieckiego, dodany tam wizerunek mężczyzny i kobiety tego rodzaju, że mógł obrzydzić cały rodzaj ludzki.

Oddział wstępny prowadziła pani Bohdziewiczowa, pierwszy—p-na Sumorokówna, niemłoda już panna, nieładna, z poradloną przez dzioby po ospie twarzą, w ciemnych błękitnych, dużych konserwach—nie działała jednak odpychająco. Dobroć biła po prostu od tej miłej kobiety.

W oddziale trzecim byli dwaj nauczyciele: łaciny Kustowski i arytmetyki Kryłow. Ponieważ pensja posiadała tylko dwie klasy — ci, którzy chcieli dalej się uczyć, musieli zdawać egzamin do 3-ej gimnazjalnej. Dzięki znajomościom i stosunkom państwa Cebrowskich odbywało się to więcej dla oka i formy. Na egzamin w czerwcu 1869 r. do sali pensjonatu zjawili się zaproszeni dyrektor Zessel i inspektor Reitlinger, z gimnazjum rządowego, jedynego wówczas w mieście, i kilku nauczycieli. Pytania były łatwe, krótkie. Mnie z po za lekcji zapytano, kto jest prezydentem Stanów Zjednoczonych, był to okres czulenia się Moskwy do Ameryki—odkrzyknąłem: „Generał Grant", za co mnie potem sam Rymsza pochwalił. Stał on w otwartych drzwiach do przyległej klasy, więc słyszał. Szczególniej ten dodatek generał miał sprawić na ciele pedagogicznem bardzo dodatnie wrażenie. Cała heca trwała od godz. jakiejś 12 do 2, poczem „ciało pedagogiczne" szło do sąsiedniego pokoju na zasłużoną

restaurację. I znów po paru godzinach widzieliśmy przez okno, jak członki tegoż „ciała", zarumienione, chwiejnym krokiem opuszczały gościnne progi państwa Cebrowskich. Rozstając się z pensją winienem przyznać, że pobyt na niej dwuletni i następnie 5-o, jako gimnazisty—pozostawił na mnie jak najlepsze wspomnienia. Obejście się prawie rodzicielskie, stosunek do dzieci słuszny, łagodny. Kara cielesna nie była wcale stosowana (w gimnazjum jeszcze ją zastałem), klęczenie wyjątkowe, pospolicie stanie w kącie. Utrzymanie przyzwoite. Do składu stałych pensjonarzy należeli synowie bliższej lub dalszej od Wilna średniozamożnej szlachty. Byli więc za mnie: dwaj bracia Aleksandrowicze z Gejłasz, Wróblewski z Solejnik, dwaj Romanowicze, Czesław i Józef, dwaj Sejfarttowie, dwaj Kozłowscy z Trockiego, Francuzowicz z Dukszt, Jankowski, a zaś z gub. Kowieńskiej bracia Edward i Marjan Kiewliczowie z Łojbiszek, Ludmił Michałowski z Polepia, Rudolf Lewandowski z Dziewałtowa, wszyscy z powiatu Wiłkomierskiego, Bohuszewiczowie dwaj Byli śród nich udający paniczyków. Ci czasem krzywili się na jakąś tam potrawę, że jej za skąpo, albo że chuda—ja tego nie uważałem.

Czas moich nauk gimnazjalnych przypadł na czas największego rozkwitu klasycyzmu i rusyfikacji. Pierwszy doszedł do szczytu w systemie egzaminów ostatecznych z 8-u klas, drugi w tem, iż za najmniejsze słówko polskie karano srodze *). Gdym był w 3-ciej klasie w r. 1870 na wiosnę rozdano katolikom książkę do nabożeństwa: „Zołotoj ałtarik". Było to tłumaczenie „Złotego Ołtarzyka, dokonane przez Niemekszę, jednego z pieciu ówczesnych smutnej pamięci prałatów wileńskich (Herburt, Linkin, Niemeksza, Tupalski i Żyliński). Dwaj pierwsi byli mniej szkodliwi, bo i starzy.

Podarek ten oceniła niewdzięczna młodzież w ten sposób, że zaraz spieniężyła go za byle co na Literackim zaułku, oddawała za ciastka babom, siedzącym z koszykami przy bramie gimnazjalnej; co zawziętsi zaś podarli lub popalili. Ten ostatni los spotkał i mój egzemplarz, przywieziony do domu na wakacje: spaliliśmy go z bratem w pobliskim lesie. Egzemplarz zaś mojego brata zabrał pan Ciecierski i zawiózł go, jako curiosum do Bazaru w Poznaniu, gdzie zapewne dotychczas spoczywa. Zgubne pod względem narodowym oddziaływanie szkoły odbijało się przedewszystkiem na tej najbiedniejszej młodzieży, która lokowała się w konwikcie. Nieliczne zaledwie jednostki, jak np. Dojlido, stawiały świadomie czoło rusyfikacji. Inni ulegali jej w mniejszym lub większym stopniu. Jednakże dwóch tylko przypominam sobie „konwiktowców", którzy przyjęli schyzmę i wykoleili się zupełnie. Mniej wystawieni byli na to niebezpieczeństwo uczniowie, będący na stancjach prywatnych, najmniej, albo i wcale nie-mieszkający u rodziców lub bliskich krewnych. Jednakże, chociaż dwie ostatnie kategorje nie zatracały polskości, owszem poczucie narodowe, wciąż i na każdym kroku znieważane, tkwiło w nich mocno, to język cierpiał niemało. Mowa ich polska pełna była rusycyzmów. Dopiero z 5-tą klasą rozpoczynała się reakcja. Tak było i ze mną. Mniej od innych narażony na wy-

*) Wypadek z kolegą moim Władysławem Dojlidą opisałem w „Pobudce", mies. Wil. w N-rze grudniowym z r. 1908.

paczenie polskości—do czego przyczyniało się i to, że na stancji pp. Cebrowskich byli uczniowie prawie wyłącznie polacy i sami ci państwo w domu między sobą, a często i z nami mówili po polsku—jednakże nie uniknąłem skażenia mowy. Mniej od innych kolegów jeszcze i z tego powodu, że w czasie feryj i wakacyj, jeżdżąc do ojca na Podlasie, miałem otoczenie nawskroś polskie. Już od 3-ej klasy zaczytywałem się Gazetą Warszawską i książkami, których mi ze swej książnicy udzielał p. Ciecierski. Od tejże 3-ej klasy rozpocząłem także nabywanie dzieł na moją własność osobistą. Zachęcił mnie do tego uczeń V-ej klasy, mieszkający na tejże stancji—Konstanty Grużewski, brat starszy kolegi mojego Gustawa. Pochodzili z Młodzianowa gub. Kowieńskiej, wyznania reformowanego, byli gorącymi patrjotami polskimi. Od Gustawa to otrzymałem wtedy całkowity tekst pieśni „Boże coś Polskę", napisany przez jego siostrę Konstancję. Przedtem umiałem coś niecoś zaledwie z tej pieśni. Już w 3-ej klasie nabyłem przez Konstantego Grużewskiego „Chatę wuja Tomasza" Beecher-Stove'a, „Atalę" Châteaubrianda i „Ostatniego z Abensaragów". Z przejściem do 4-ej klasy byłem samodzielniejszy, łatwiej mogłem wychodzić na miasto. a więc i kupować książki Pod koniec r. 1869, czy w początkach 1870 miałem już pisma Mickiewicza w wydaniu warszawskiem, co stanowiło wysiłek nielada na chudą kieszeń uczniowską. Całe pięć rubli zapłaciłem za nie antykwarjuszowi Kinkulkinowi. Od VI ej klasy szło to łatwiej, bo i zasoby pieniężne skutkiem korepetycji wzmogły się znakomicie. Pozwoliłem sobie wtedy nawet na kupno „Kroniki emigracji polskiej" w 6 tomach bodaj czy nie za 8 rubli. Książnica ta moja wędrowała ze mną na wakacje do domu, z moim zaś powrotem—wracała i ona, acz uszczuplona o książki już przeczytane, które zostawiałem pod okiem ojca w kuferku zamczystym, oddanym całkowicie w moje posiadanie. W Wilnie mieściła się moja książnica w torbie sporej skórzanej, związywanej tylko rzemieniem, a spoczywające, stale w kącie ciemnym pod mojem łóżkiem. Przez 3 lata jej tam spoczywania żadne ręce niepowołane jej nie tknęły—podczas niejednokrotnych odwiedzin władz szkolnych i przeglądania uczniowskich kuferków. Ja na rzeczy miałem dużą walizę i rządząc się zasadą—ne misceantur sacra profanis—książek do niej nie kładłem. Raz tylko sprzeniewierzyłem się tej zasadzie i wystawiłem się na niebezpieczeństwo. Przeglądałem wieczorem w łóżku (jako VII klasista i „starszy", miałem prawo palić światło na swoim stoliku nocnym) któryś tom „Kroniki Emigracji" i nazajutrz, spiesząc do klas, wrzuciłem go do walizy. W ciągu dnia po powrocie z lekcji nie mogłem schować tego tomu do torby, ponieważ w pokoju byli koledzy. Tymczasem wieczorem zjawia się świeżo przybyły z Grodna do nas dyrektor Bałwanowicz i poczyna rewidować kuferki. Mój stał w alkowie ciemnawej i był jednym z ostatnich. Książka leżała na wierzchu. Poleciłem się Bogu, rzekąc w duchu: raz kozie śmierć i stałem, oczekując, co los zeszle. Wtem zbliża się do mnie „ciocia Regisia", która podejrzewała mnie o stosunek z polską książką i szepcze: „Czarkowski, czy nie masz czego w kuferku, to mi daj". Nie trzeba mi tego było dwa razy powtarzać, zręcznie, gdy Bałwanowicz był odwrócony, a moja zbawczyni zasłoniła moją osobę i kuferek swoją fałdzistą

suknią (złe języki głosiły, jakoby jeszcze nie rozstała się z krynoliną) — wyjąłem karygodny tom, porwała zań „ciocia Regisia" i znikła za dziesiątą granicą w dziewiczym swoim, a więc nietykalnym pokoiku. Ja zaś otrzymałem z ust dyrektora pochwałę za porządne ułożenie bielizny i ubrania. „Ciocia Regisia" poczciwa zwróciła mi nazajutrz ów podwójnie niebezpieczny tom, bo i polski, i zakazany w państwie rosyjskiem. Odtąd już sumiennie chowałem książki polskie tylko do owej torby, której i oko bałwanowiczowskie pod łóżkiem nie dostrzegło, a szpiega i donosiciela w naszem gronie nie było. Zresztą i ze współkolegów jeden tylko przyjaciel Ludmił Michałowski był wtajemniczony; inni może się czegoś domyślali, ale urzędowo torba była niby składem brudnej bielizny, która istotnie z wierzchu pokrywała książki.

Gdyśmy byli w IV klasie, Ludmił stracił ojca, odziedziczył po nim, prócz majątku ładną wcale bibljotekę i z tej począł przywozić książki, naturalnie tylko polskie, a śród nich większość zakazanych przez cenzurę. Zapoznałem się wtedy z powieściami Czajkowskiego: Szwedzi w Polsce, Kirdżali, Owruczanin i innymi. Zaspakajało to mój głód czytania, nie potrzebowałem więc już dużo (jak na moją kieszeń) kupować. Był do tego jeszcze inny powód. Wspomniałem o budzeniu się uczuć polskich u starszych uczniów, nie ominęło to i naszego pokolenia. Z czyjego zapoczątkowania dokładnie nie pamiętam, ale zdaje się, że Fiżana, którego dopędziłem w V klasie — zebrało się grono IV i V klasistów wkrótce po powrocie z wakacyj t. j. w sierpniu, czy może w początkach września r. 1871 w mieszkaniu Stanisława Jasiewicza, ucznia klasy IV, przy ulicy Mostowej. Mieszkał przy matce wdowie na parterze, miał osobny swój pokój. Gromadka nasza składała się z następujących osób: wyżej wymieniony początkodawca Józef Fiżan, Ludmił Michałowski, Marjan Kiewlicz, Adolf Czarnocki, gospodarz—Stanisław Jasiewicz, Krajewski Alfred, Krupko i ja. Tylu zapamiętałem, nie zdaje mi się, aby nas było więcej. Uradziliśmy wtedy zawiązać koło, celem utworzenia zbioru książek polskich, dozwolonych przez cenzurę — to był warunek „sine qua non" — podyktowany przez mniejsze albo i żadne narażenie wobec władz osoby, u której książki miały być przechowywane. Na zakupno uchwalono, aby każdy z nas płacił po rublu miesięcznie. Przyjmować do koła uczniów, co do których poprzednio ścisłe zbadanie wypadnie na ich korzyść pod względem dobrej polskości i dochowania tajemnicy. Odrazu obecni złożyli 10 rubli na pierwszy miesiąc i za te pieniądze, oraz z następnego miesiąca zostały zakupione: Boduszyński: O zabójstwie (studjum ściśle prawne), Szokalskiego: Fantazyjne objawy zmysłowe i Poezje Syrokomli (wydanie 10-cio tomowe). Bibljotekę umieszczono w lokalu pani Jasiewiczowej. Brać było można tylko po jednym tomie, nie odwiedzać lokalu zbyt często, lepiej wieczorem, książkę nieść pod mundurem lub w kieszeni, nie w ręku. Dzięki ostrożności w przyjmowaniu członków — koło przetrwało długie lata (30 lat z górą). Nie liczyło — przynajmniej za mego w Wilnie pobytu nigdy więcej nad 15-tu, ale też nie mniej, niż 10-ciu. Zbieraliśmy się co miesiąc i częściej, odczytywaliśmy na głos utwory Jędrzeja Śniadeckiego lub coś z poezji, albo ciekawsze artykuły z pism, a potem rozprawiali o czystości

języka polskiego, o dziejach polski, o piśmiennictwie. W ciągu czterech lat księgozbiór nasz wzrósł do 800 tomów. Książkę z niego wtajemniczony łatwo poznawał po oprawie w zielony groszek z czarną skórą na grzbiecie. Innych odznak nie mieliśmy, żadnych napisów, żadnych protokołów, listów i t.p.

Mając więc taką łatwość w dostaniu polskiej książki, mniej potrzebowałem kupować, zwłaszcza, że składka wynosiła 12 rubli rocznie. Strawę zakazaną dostawałem z Polesia, oraz za pośrednictwem Fiżana od Gelinga, od Mamerta Renigera, wreszcie od profesora Adamowicza. Od V-ej klasy poczęliśmy łaknąć wiadomości bieżących, nauki świeższej. Warszawa wstępowała wtedy w okres pozytywizmu. Przekształcał się Przegląd Tygodniowy, Opiekun Domowy, powstawały: Niwa, Wieniec, Przyroda i Przemysł. Wszystkie te pisma już poza kołem znalazły wśród nas prenumeratorów. Ja zaprenumerowałem „Niwę", Kiewlicz „Przegląd Tygodniowy" i „Przyrodę i Przemysł", Michałowski, jako bogacz i dziedzic, aż trzy pisma: „Opiekuna Domowego", „Wieniec" i „Muzeum Sztuki Europejskiej" — Gliksberga. Wypożyczaliśmy sobie wzajemnie te pisma. Wielka to była uroczystość, gdy się co wtorek (ja co drugi, ponieważ „Niwa" była dwutygodnikiem) wsuwało ukradkiem, idąc z klas do księgarni Zawadzkiego po zakazany owoc. A druga — gdy na stancji kładło się numer do atlasu lub innej większej księgi i rozkoszowało nawet zapachem świeżej farby drukarskiej.

W r. 1875 ukończyłem 8 klas. Egzamina były istną torturą: z 13 dopuszczono nas do egzaminów piśmiennych 10, posadzono w dużej auli (sali kolumnowej uniwersytetu) w oddzielnych ławkach każdego, siedzieliśmy o sążeń jeden od drugiego, a to celem uniemożliwienia podpowiadania lub podawania kartek. Tematy były przysyłane od kuratora z Okręgu w zapieczętowanej kopercie i były tajemnicą nie tylko dla nas, ale i dla nauczycieli. Gdy już wszyscy egzaminatorzy i uczniowie byli zebrani, wchodził dyrektor i sprawdziwszy całość pieczęci, uroczyście ją łamał i odczytywał temat. Ćwiczenia z rosyjskiego mieliśmy na temat łaciński. Labor improbus omnia vincit (Praca wytrwała wszystko zwycięża). Jakoś nikt się nie obciął. Egzamina ustne przeszły również pomyślnie. Zaszedł na egzaminie z historji i geografji wypadek, który tu przytoczę na dowód, jak byliśmy wyczerpani. Jeden z lepszych uczniów Szumkowski, wywołany jednocześnie ze mną, jako następujący według ros. abecadła bezpośrednio po mnie, wyciągnął z geografji pytanie o Ameryce, z historji: o wojnach punickich. Dotąd pytano najprzód z historji, Sz-go zaś zagadnął nauczyciel: kto odkrył Amerykę. Ten prosto z mostu wali: Hannibal. Konsternacja ogólna. Nauczyciel wreszcie głosem stroskanym odzywa się: Pomyśl pan, panie Sz. Po dobrej dopiero chwili, zbiedzony, znękany Sz. wyrzekł: Ach! Kolumb. Nie obcięto go dzięki dobrej opinji, jaką miał u nauczycieli, oraz, iż na inne pytania odpowiadał dobrze. Zresztą dla wszystkich widocznem było, iż uczeń VIII klasy nie mógł nie wiedzieć, kto odkrył Amerykę i że tylko nadmierne wytężenie umysłu, że oto najprzód spytają z wojen Punickich, wywołało to qui pro quo. Można sobie więc wystawić, co się z nami działo, gdyśmy już skończyli to utrapienie. Z nadmiernej uciechy zapomnie-

liśmy, iż nie należało nam iść na herbatę proszoną do ówczesnego gospodarza klasy Juljana Szokalskiego, tego samego, co się przyczynił do choroby Dojlidy, że nie należało z nim razem się fotografować, zrobiliśmy to, czego i dziś jeszcze się wstydzę. Zacny Dojlido nie brał udziału w obu tych „uroczystościach". Szokalski miał czoło nawet zapytać: „Cóż to jest, że pan Dojlido nie przyszedł". Chłodem na nas powiało. Ktoś odrzekł, że chory. Istotnie tak było, ale przecie chodził. W 4 miesiące potem umarł w Petersburgu z suchot.

Gimnazjum mieściło się w murach pouniwersyteckich z wejściem od ul. Ś-to Jańskiej przez bramę obok dzwonnicy. Stąd szło się na lewo do szatni (i dziś tam szatnia studencka), czekało się na dzwonek, stróż Franciszek otwierał drzwi na górę, biegło się, co mówię — leciało się po schodach do klas. Wieksza część ich (starsza) miała okna od dziedzińca, inne od Skopówki. Do klasy 3-ej włącznie były po dwa oddziały: niemiecki i francuski, ja wybrałem 1-szy ze względu na przydatność niemczyzny w życiu codziennem (jakże dziś śmiesznem mi się to wydaje), wspólnie słuchaliśmy religji. O 8½ godz. „czytał" jeden z nas, zwrócony do ikony, wiszącej w kącie, modlitwę przed lekcjami: „Prebłagij Sozdatelu nisposzli nam dar ducha twojego swiatogo... i t. d. Kończyła się życzeniem, abyśmy „wozrasli Tebie wo sławu, Otieczestwu na polzu, roditielam na utieszenje". Po ostatniej lekcji o godz. 2-ej odmawiano modlitwę dziękczynną: „Błagodarim Tebie Sozdatielu". Nauczyciel odczytywał listę obecnych i albo wyrywał (pytał) lub też objaśniał. Przedmioty w 3-ej klasie mieliśmy następujące: Religję wykładał ksiądz Narkiewicz, łacinę Mikołaj Lesiekiewicz, zwany popularnie „Lisiuk", bo uczniom się zdawało, że powinno nazwisko jego brzmieć: Lisiukiewicz. Tymczasem w r. 1874 wpadła mi w ręce antologja poetów ruskich, drukowana we Lwowie, i w niej znalazłem parę wierszy Mikołaja (Fomicza) Lesiekiewicza. Zawiędły, z małemi wąsikami przybył w r. 1867 na wystawę etnograficzną Słowian (polacy w niej nie brali udziału) do Moskwy. Stamtąd jeszcze nie rozczarowany do „Matuszki" powracając zatrzymał się w Wilnie pospołu z rodakiem swoim Liwczakiem i Fibichem. „Lisiuk" otrzymał posadę nauczyciela łaciny w gimnazjum, Liwczak w szkole realnej, czy nie mechaniki, Fibich nauczał śpiewu po za lekcjami. Lesiekiewicz mówił okropnie po rosyjsku „Nu to ja takich osłow (akcent na pierwszem o) budu siecz rozgami". Dużo było swawolników. Przed takim „Nikołaj Fomicz" (tak go nazywaliśmy nie „gospodin nauczyciel", jak innych) stawał, patrzał mu w oczy i grobowym głosem wymawiał: „Pod stienku" nic więcej. Nie „w kutok", bo jakież kąty pomieściłyby tylu ośmiu, dziesięciu...

Spotkaliśmy się z Les. dopiero w klasie szóstej. Bowiem w 4-ej nauczał łaciny Nowosiołow (oby go piekło pochłonęło), w 5-ej Piatnickij. Greckiego z początku tenże Lesiekiewicz, historji starożytnej — Wasiljewskij — to był właściwie profesor, wykładał też po profesorsku gdzieś tam zapatrzony przed — czy w siebie. Niewielkiego wzrostu, wygolony, starannie ubrany w surdut mundurowy, nauczał, chodząc wzdłuż ławek. A taki był czar i urok w tem, co ten człowiek mówił, że klasa słuchała, jak jeden mąż. Figlarze

i zbytnicy — odkładali swe występy na inne lekcje, Wasiljewskij nie potrzebował nikogo karcić. Wyrywał przed końcem kwartału dla postawienia stopnia. Nie przypominam sobie, aby komu dał dwóję. Na rok szkolny 1870/71 zabrano go na profesora do Uniwersytetu Petersburskiego. Geografję dawał Huszcza — przeciwieństwo fizyczne Wasiljewskiego, figura też niewielka, o rzadkich długich włosach, z których łupież obficie pokrywał górną część surduta, reszta uwalana była w kredzie, którą rysował mapy na tablicy. Twarz z nieogolonem podgardlem cała w pryszczach, nie wyłączając fioletowego nosa, który okazały przy żywszym ruchu trząsł się, jak galareta. Przedmiot swój znał i wykładał nieźle, ale głos miał przepity. Nie odznaczał się Huszcza wdziękiem ani elegancją—to pewne, owszem w obejściu był gburowaty.

Był wtedy zwyczaj wśród młodzieży żucia gumy, która przez to nabierała czarnej barwy, miękła i mogłeś ją wyciągać i lepić, jakeś sam chciał. Raz Huszcza poznał z ruchu szczęk, że Pieczyński żuje gumę, woła więc do niego: „Pieczinskij, a znajesz ty, czto ty żujosz — wied' eto konskij szw..." Raz spotkałem zrana Huszczę na chodniku koło Szwarcowego zaułka, szedł od strony ratusza i niósł pod pachą jakieś zawiniątko. Ukłoniłem się panu nauczycielowi, ten rad mi oddać pięknem za nadobne, sięga do swojej czapki, a wtedy rozdarł powietrze srogi kwik przyduszonego prosięcia. To ono było w tem zawiniątku, nabyte widocznie na targu pod ratuszem. W klasie czwartej łacinnikiem był Nowosiołow, Mała, czupurna, zadzierzysta figurka z faworytami, w złotych okularach — słynęła na całą szkołę, mając opinję złoczyńcy—Heroda, mordującego niewinne dziateczki. Jakoż zaraz na pierwszej lekcji pokazał, do czego był zdolny. Zapytał pierwszego z brzegu o tryb bezokoliczny od nieprawidłowych czasowników: malo, nolo, volo. Nie wiedział. Następny i następni to samo. Wtedy rozległo się: „kto znajet?" Nikt się nie odezwał. Wtedy kiedy nie zagrzmi — piorunowładny Jowiszu, schowaj się przed nim do kąta. — „Na koleni wsie". Uklękła cała klasa i tak nas przetrzymał dobre pięć minut. To był jednak tylko taki sobie majstersztyk. Myślał pewno sobie — zastraszę ich na wstępie, będą się potem bali. Istotnie cicho było na jego lekcjach, jak makiem siał. Od czasu do czasu słychać było: „Turkmien-mien", miał zwyczaj drugą połowę wyrazu powtarzać, albo „Bałwan-wan". To było takie sobie czułe przemówienie do ucznia, który czegoś nie umiał. Geometrję wykładał Gołowaczewskij, istny cień człowieka, średniego wzrostu o czarnych, jak węgiel, bujnych włosach i takichże bokobrodach z muszką, szczupły. ruszał się jak na sprężynkach, przyczem nóg w kolanach nie zginał. wychudły z piwnemi oczyma, zamiast białka miał coś sinawego. Mówił wolno, nigdy się nie uśmiechał. Wykładał niezbyt obszernie, ale za to treściwie. Permskij dawał algebrę — charakterystykę tego pijaka podałem wyżej. Od klasy piątej greckiego począł nam udzielać Juljan Szokalski i prowadził aż do ukończenia gimnazjum. Był to także przybysz z zachodu, jak Lesiekiewicz, również unita, jak i ten. Ale... Lesiekiewicz był unitą galicyjskim, Szokalski królewiakiem. Różnili się pod każdym względem, Szokalski wyświeżony, wyperfumowany z twarzyczką rumianą tłuściutką, okrą-

glutką o ładnym sporym wąsie, synowiec znanego Wiktora wyglądał na „lalusia“. Jakoż takim był. Wkrótce po moim przybyciu w niespełna rok przeszedł na schizmę. Stryj go się wyrzekł. Wykładał łacinę i grekę w 4-ch wyższych klasach. Dla mego rocznika jednak dopiero w VII i VIII klasie. Przedmiot znał, tłumaczyliśmy wtedy Homera nieśmiertelne pomeaty Iljadę i Odysseję, wykuwaliśmy na pamięć po 800 wierszy z każdego. Splamił się Szokalski postępkiem z Władysławem Dojlidą, uczniem VI klasy. Późną jesienią 1872 roku Dojlido o zmroku wszedł do składu materjałów piśmiennych Radina, przy ulicy Zamkowej w tem samem miejscu, gdzie dziś filja składu aptecznego Segala i zażądał po polsku kajetu, nie dostrzegł pociemku, siedzącego w kącie Szokalskiego. Ten zapytał go o klasę i nazwisko i doniósł dyrektorowi. Zrobiła się chryja. Dyrektor Zessel, niemiec z Ciechanowca, człowiek porządny, acz musiał moskalom służyć, nie mógł sprawy ubić. Rewizja w łóżku Dojlidy w konwikcie, znaleziono pisma Mickiewicza, które, jak zeznał kolega, mający łóżko obok, Dojlido czytywał po nocach przy świeczce. Rada pedagogiczna uchwaliła Dojlidę z konwiktu wyrzucić, odebrać mu stypendjum i nie wpuścić do klasy, póki nie zapłaci wpisu (15 rubli za półrocze), ze sprawowania 3. Że go nie usunięto z gimnazjum, zawdzięczał Dojlido temu, że się dobrze uczył, a może, że pochodził z włościan powiatu Lidzkiego. W r. 1871 w V klasie gospodarz tej klasy Piatnickij zbierał wiadomości o stanie każdego z nas. Większość była szlachta, reszta mieszczanie (kupcy, gorożânie, raznoczincy), gdy doszło do Dojlidy, ten oświadczył, że jest włościaninem. Piatnickij: Nie stydities etowo Dojlido. Dojlido: Ja i nie styżuś. Było to na lekcji Lesiekiewicza. Ten zapytał: Dlaczego nie przyszedł Dojlido. Odpowiedzieliśmy, że ma zapłacić wpis. To czemu nie płaci? Bośmy jeszcze nie zdążyli doręczyć mu pieniędzy (zebraliśmy ze składek w ciągu godziny). To niech kto idzie po niego z pieniędzmi. Poszedłem ja. Dojlido dostał guwernerkę u syna generała Huwalda na ówczesnej Dworcowej (dzisiejsza Uniwersytecka) w domu Ogińskich. Nie miałem daleko. Lokaj, czy ordynans wskazał mi izdebkę na poddaszu. Zimno tam było okrutnie, był piecyk żelazny, ale palił w nim ordynans, kiedy mu się podobało, zaś Dojlido nie upominał się. Poszliśmy razem. Dojlido w kancelarji opłacił należność i zdążył jeszcze na koniec lekcji „Lisiuka“. Radość była ogólna. „Lisiuk“ coś tam dłubał palcem koło wąsa i coraz wyciągał swoje pudełko z cukierkami. Czy je otwierał, tego nie sprawdzałem. Marzł biedny Dojlido całą mroźną zimę (bywało po 20^{0}). Z wiosną 1873 roku począł pokaszliwać, od czasu do czasu splunął krwią — przeszedł do klasy VII i do VIII tu już ciężej zapadł. Patent otrzymał, od września 1875 roku pojechał do Instytutu Technologicznego w Petersburgu i tam zmarł z suchot w listopadzie. Szokalski tłumaczył się, że nie mógł inaczej postąpić, bo myślał (!), że Dojlido dlatego mówił po polsku, że widział, że on tam siedzi. Od V-ej klasy my katolicy dostaliśmy nowego kapelana na miejsce ks. Narkiewicza. Był nim prałat Biedrzyński. Miał lat z 50, wysoki, krzepki, muskularny, ostrzyżony na jeża, głos miał stentorowy o brzmieniu nierównem. Przechodziliśmy hi-

storję Kościoła. Wykład był: stąd-dotąd, według książki. Lekcja dwa razy na tydzień schodziła najczęściej na pogawędce nie tyle o rzeczach niebieskich, ile o ziemskich, bywało, że i „o naukowych": a) z dziedziny astronomji. To jeszcze pytanie, czy ziemia się obraca, bo weźmy przykład: pszczoła wylatuje z ula w kierunku przeciwnym biegowi ziemi. Po jakimś czasie powraca do swego ula. A toż gdyby ziemia pędziła i jeszcze z tak zawrotną szybkością, czyżby możliwy był wogóle powrót pszczoły na to samo miejsce, b) z dziedziny wiedzy tajemnej. Że przedmioty martwe mogą się ruszać i przelatywać w powietrzu, jakgbyby ciskane ręką ludzką, to fakt. Kapelan słyszał od osób najbardziej wiarogodnych, jak z pieca wyleciała w biały dzień cegła i upadła na stół przy jedzących tam obiad, nie wyrządziwszy nikomu ani sobie najmniejszej szkody, c) z dziedziny kościelnej. Nie był jeszcze polak Papieżem. Na przyszłem, da Bóg doczekać konklawe, wybrany zostanie na Papieża Kardynał Biedrini, czyli nasz prałat i katecheta ksiądz Biedrzyński we własnej osobie. Wówczas nie będzie miał nic pilniejszego nad mianowanie nas tu obecnych 20 kardynałami. Nie wyglądał na żartującego, gdy to mówił i d) z dziedziny pedagogiczno-strachajłowej. Zanim puścił się na podobne opowiadania, kazał jednemu z uczniów pilnie baczyć, czy na korytarzu pustym nie czai się Łuczincew lub Michiejew (pedele), albo co gorsza inspektor Reitlinger. Gdy tak istotnie było z powodu, że np. w jakiejś klasie nie stawił się nauczyciel, wówczas nasz kierownik duchowy wyglądał niby ptaszę, w potrzask złapane. Kręcił się, wzruszony mocno, na fotelu, to bladł, to czerwienił się, sutanną owijał kolana, pot zlewał mu czoło, coś probował mówić, krztusząc się, nareszcie skinął na którego z nas, aby coś opowiedział z historji Świętej. Kolega zaczynał, ciągnął, rozwlekał jaknajdłużej, wreszcie dzwonek oznajmiał koniec lekcji i naszej wspólnej z nauczycielem męki i nudy. Prałat kwalifikował się na pacjenta do lekarza-psychjatry. W niedzielę i święta mieliśmy mszę uczniowską w kościele św. Jann o godz. 9-ej. Najczęściej odprawiał prałat Biedrzyński mszę czytaną w kaplicy w prawej nawie. Czasem wszakże brała go chętka śpiewania. Głos miał tak okropny, ni to barani, ni to kozi, ale gruby, że poprostu targał nawet młode nerwy. Nastrój modlitewny odbiegał człowieka, gdy posłyszał ten niesamowity ryk, jęk.

Pisząc o rozmaitych przedmiotach, nam wykładanych, nie wspomniałem dotąd o kaligrafji. To także był przedmiot i w dodatku obowiązujący. U pp. Cebrowskich — ona sama w 2-m oddziale nam go udzielała w ten sposób, że pisała w ładnym zeszycie, który każdy z nas obowiązany był posiadać, jakąś krótką sentencję francuską, czasem rosyjską, którą trzeba było kilka razy przepisać. Co pewien czas zjawiał się stary żyd, obładowany gęsiemi piórami, mówiący po francusku i zachwalający swój towar. Zwykle już i w szkołach używano piór stalowych, ale w kaligrafji mogą być tylko gęsie, bo tylko one „uformują rękę". W gimnazjum kaligrafja kończyła się o 2 lata później, bo w 3-ej klasie, rysunki zaś dopiero w 4-ej. Nauczycielem tych przedmiotów był Griaznow, młodzieniaszek wtedy. Zaś po latach 30-tu projektodawca i wykonawca popiersia Puszkina z bronzu, bardzo udatnego. Magistrat,

pragnąc uczcić stulecie urodzin wielkiego rodzimego poety, zamówił ten pomnik (przy „życzliwem zapoczątkowaniu“ generał-gubernatora) i polecił ustawić na placyku u wejścia do Cielętnika.

Na zakończenie o szkole muszę tu wspomnieć pokrótce jeszcze o kilku zdarzeniach z jej życia.

W marcu 1870 r, gdyśmy na wielką pauzę (trwała 30 minut od 11½ do 12) rozbiegali się w różne strony na śniadanie, szedłem koło poczty i widzę na środku ulicy Zamkowej policja pędzi 2-ch chłopaków. Rozpoznaję nie bawem swoich kolegów, byli to: Baranowski i Edward Pieczyski *). Obaj w długich butach, zabłoceni po uszy. Mówiono o nich przed kilku dniami, że czmychnęli z trzecim kolegą do Ameryki, chcąc zaznać przygód, o jakich się naczytali w Mayne Reidzie. Niestety, na granicy pruskiej zostali ujęci i oto oglądaliśmy ich opłakany powrót. W r. 1872 w październiku w V-ej klasie (ja byłem wówczas w VI, nauczyciel łaciny Kustowskij' wyrwał ucznia Bolesława Szwojnickiego i gdy ten odpowiadał niezadawalniająco, uderzył pierścieniem w katedrę, wołając: „ekaja beztołocz“, znaczyło to „co za niedorzeczność“. Nieraz Kust. posługiwał się tem wyrażeniem. Słyszały je i moje uszy, zastosowane do mojej osoby w 3 im oddziale na pensji, gdym „aperi os“ przetłómaczył „kost' kabana“, kiedy powinno być „otkroj rot“ (otwórz usta). Rzeczownik os znaczy bowiem i kość i usta. Szwojnicki spokojnie odszedł na swoje miejsce i dopiero po niejakim czasie powstał, podszedł do katedry i ze słowami: „wot tiebie za swołocz“ uderzył Kustowskiego w twarz. Uczynił się alarm, Szwojnickiego zatrzymano w kancelarji, poczem aresztowano, wydalono z gimnazjum z t. zw. „wilczym biletem“ t. j. bez prawa wstąpienia do innego gimnazjum, co najgorsza wysłano do zakładu dla moralnie zaniedbanych chłopców w Petersburgu. Przekonali go koledzy, że szło nie o „bydlę“, lecz „niedorzeczność“, żałował swej porywczości po czasie. Klasa V postanowiła bronić kolegę, wysłała 4-ch: Adolfa Czarnockiego, Marjana Kiewlicza, Mokrzeckiego i Wierbłowskiego (żyda) do kuratora z prośbą o mniej srogie karanie Szwojnickiego. Skutek był ten, że kurator Siergiejewskij, kazał tych 4 wydalić ze szkoły. Szwojnicki po jakimś miesiącu za staraniem Wielkiej Księżny został ułaskawiony. Kustowskiego przeniesiono gdzieś nad Morze Czarne dla jakichś powo-

---

*) Pieczyski z czasem dopiął swego. Wydalony z gimnazjum wileńskiego, oddany został przez ojca do Siedlec, skąd „wyjechał“ znów do Ameryki. Tym razem ujęli go w Odesie Nie było mowy o dalszych naukach. Po roku sprzedał na jarmarku w Ciechanowcu za paręset rubli konia i na ten raz udało mu się dotrzeć do Ameryki. Tam dostał miejsce u fermera, dojacza krów, poduczył się po angielsku, jeździł z karetką hotelową w Now-Yorku, uciułał trochę grosza i spełniły się jego marzenia. Zapolował na bawoły i bizony, ale dolary ulotniły się. Bieda zajrzała w oczy. Zapisał się do wojska amerykańskiego. Zobowiązał się na 6 lat, ale nie wytrzymał i zdezertował. Dotarł szczęśliwie do granicy państwa moskiewskiego w r. 1878. Tu się podał, że wraca, chcąc wstąpić do wojska, aby bronić ojczyzny. Internowano go w powiatowem mieście Bielsku w gub. Grodz., skąd go ojciec uwolnił. Od tego czasu przykładnie gospodarował na wydzielonym sobie folwarczku, pracując osobiście, ożenił się, miał 2 córki. W r. 1889 i 1890 w czasie gorączki brazylijskiej starał się odwodzić od bezmyślnej emigracji — daremnie.

dów zdaje się jednak, że z powodu tegoż wypadku ze Szwojnickim i z Dojlidą, przeniesiony został inspektor Reitlinger do Taganrogu, czy Rostowa, dyrektor Zessel do Rygi na pomocnika kuratora. Na miejsce tego ostatniego w r. 1873 otrzymaliśmy Bałwanowicza z Grodna. Po Zesslu — człowieku, wydał się nam uosobieniem czarta. Ukuta została na poczekaniu opowieść, że był kiedyś pokąsany przez psa wściekłego i odtąd miewa napady wścieklizny. Bo jakże nie mówiąc już o tem, że przestrzegał pilnie osobiście, abyśmy nosili mundury zawsze na wszystkie guziki zapięte, nakazał i dwom klasom najwyższym VII i VIII noszenie tornistrów na plecach. Rzeczy niebywałe, niesłychane! Bierny opór trwał parę miesięcy. Bałw. postawił ultimatum, zagroził karami. Ulegliśmy pozornie. On to odgrodził dziedziniec gimnazjalny od kościoła, dając za powód, że uczniowie inowiercy grają w piłkę o drzwi kościelne, co jest przecie profanacją świątyni. Zasadził kilka drzewek, przedtem dziedziniec był pusty. Fizycznie był odpychający, niedużego wzrostu, nosił kotletowate faworyty o włosie rudawym, szczeciniastym, nos zadarty.

Tyle o oświacie szkolnej moskiewskiej, urzędowej. Nad moralnością uczniów czuwano w ten sposób, że w teatrze np. uczeń mógł tylko być z kimś z rodziców, toż w cukierni lub restauracji Po godz. 9-ej wiecz. nie wolno było pokazywać się na ulicy. Dla ustawicznej kontroli bez munduru ani kroku. Do roku 1870 mieliśmy mundury brzydkie, z czarnego sukna o 9 czarnych obszytych guzach w jeden rząd, o kołnierzu odwijanym z niebieskiemi z przodu na nim klapkami, czapka czarna z niebieską obwódką, spodnie z sukna szaraczkowego. Od r. 1870/71 dostaliśmy uniform z kongresówki, znany do ostatnich czasów, nie będę więc go opisywał. Uczniom się podobał, szczególniej francuskie kepi, które dawało się nosić i na bakier, nadając charakter wojacki. Co do moralności, to władza starała się utrzymać uczucia pobożności — więc katolicy pod wodzą pedela szli w niedziele i swoje święta do kościoła na mszę o 9 rano; schizmatycy do soboru (Kościoła św. Kazimierza). W galówki i ci i tamci razem musieli iść do tegoż soboru. Raz w rok 30 sierpnia st. stylu w dzień Aleksandra Newskiego, uczestniczyliśmy w nabożeństwie przy cerkiewce-kaplicy na placu Ś-to Jerskim (dziś Orzeszkowej), który wówczas nie był zadrzewiony; od strony ulicy Ś-to Jerskiej (Mickiewicza) siedziało tylko kilka wierzb, pod które chowaliśmy się podczas deszczu. Z pod cerkwi słychać było chór: „Światyj kniaże Aleksandr moli Boha o nas". Cerkiewka świeżo była wybudowana na pamiątkę „usmirenja polskago miateża" (z r. 1863) styl miała wdzięczny maurytański, na ścianach marmurowe tablice z odbitemi na nich złoconemi głoskami, nazwiskami moskali, zabitych przez powstańców W soborze zachowywaliśmy się przyzwoicie, czy stale i zawsze tak bywało, nie wiem, bo ostatnie trzy lata (klasa VI — VIII) rzadkim tam bywałem gościem. Wolałem te parę godzin spędzić u Szafnera. Wszakże raz pamiętam, a było to czy nie w VI klasie, a zatem w jesieni 1872 czy zimą 1873 r. w każdym razie w chłodnej porze roku, bo byliśmy w szynelach, które w dobrze ogrzanej cerkwi pozrzucaliśmy na podłogę u podnóża chóru (kliros) z lewej strony, gdzie natenczas nie było śpiewaków. Utworzył się z tego jakgdyby wał, przed którym sta-

liśmy gęsto. Kilku kolegów z V i VI klasy przedostało się w środek wału z szyneli, rozsunęli je w pewnem miejscu, przez co wytworzyło się jakby gniazdko dobrze zewsząd osłonięte. Wlazło ich tam 4-ch: VI klasista Fedorow, syn policmajstra miasta Wilna, Gajdys V-klasista coś w rodzaju litwina, skończony rozpustnik, wkrótce ze szkoły usunięty i jeszcze 2-ch i najspokojniej w swiecie rozpoczęli grę w karty. To widziałem na własne oczy. Czy zdawało się, że to tylko ten jeden raz?

Polskość w Wilnie, ukryta w głębi, nie wygasała. Pisma nie wychodziły, to prawda, ale z Warszawy miałeś, ile dusza zapragnęła. Toż z książkami. Tradycja miejscowa jeszcze gdzieniegdzie tlała. Sporo jeszcze było wychowańców Uniwersytetu i Akademji medyko-chirurgicznej. O profesorach niektórych, ich roztargnieniu, krążyły anegdoty, zwłaszcza o matematykach. Np. o jednym opowiadano, że i wychodząc na miasto z kawałkiem kredy się nie rozstawał, bo po drodze notował sobie wzory matematyczne na rękawie od surduta, na bramach domów. Przy wyjściu na drzwiach swego mieszkania napisał kredą: „Niema mnie w domu". Gdy wrócił i przeczytał napis, oświadczył: „Aha, niema go w domu, to ja później przyjdę". Drugi przy herbacie zamiast kromki chleba tabakierkę *) smarował masłem. Trzeci narzekał na hałasy w mieszkaniu i mówił do żony: „Kto tam tak krzyczy?" Ona—„Dzieci". „Czyje dzieci?" „Nasze". „Alboż my mamy dzieci?" Ksiądz Merme należał też do grona roztrzepańców. Satysfakcję mu sprawiało siadywać na klocach drzewa przy Zielonym Moście i spozierać na Wilję i ruch na niej. Tam ponoś spotkał i Wielkiego Napoleona. Razu pewnego zbliża się ten ksiądz do swego ulubionego miejsca, aż widzi dwóch wyrostków, zapamiętale wodzących się za czuby. Strofuje ich i pyta o powód. Odzywa się jeden: „a bo ten łobuz powiada, że ksiądz ma na nogach po 6 palców, a to nieprawda, bo po pięć". „Uspokójcie się, zaraz zobaczycie. Pomóż no mi który ściągnąć but". Poskoczył jeden z nich, but ściągnął, odwinięto onuczkę, prawda, tylko 5 palców. „A bo to nie na tej nodze, tylko na drugiej". Ściąga księdzu i drugi but, nim ksiądz zdążył odwinąć onuczę, chłopaki ulotniły się, że i ślad zaginął. Znany też był ten ksiądz z zamiłowania do wzniosłego stylu. Raz usiadł na szybie i zmiażdżył ją nie bez krzywdy dla pewnej części swego ciała. Woła więc chłopaka posługującego. „Pójdź, a obacz, azali cząstka onego nie utkwiła weń". To były przeżyte.

Należało sięgać po „życie nowe". Jakoż rozpoczynało się ono. Wiem o domach państwa Bakszewiczów, gdzie 4 dorastające panny, wychowane w duchu narodowym, szerzyły je wśród otoczenia. Pani doktorowa Emilja Wróblewska miała coś w rodzaju pensji potajemnej dla dziewcząt. Te 2 domy znały się ze sobą, urządzały wspólne obchody, przedstawienia teatralne. W ostatnich latach około roku 1874 i później, brał udział i syn doktorostwa Tadeusz Wróblewski, zwany od panien Thadée dla doskonałej francuzczyzny. Grywał

*) W one czasy tabakierka była tak nieodłączną towarzyszką mężczyzn (a i wielu niewiast), jak dziś papierośnica. Traktowano się tabaką nawet w kościele. Zażywanie tabaki leczyło oczy, orzeźwiało...

najchętniej role kobiece. W jednej z nich fotografował się. Pani Fiżanowa, wdowa po nauczycielu, a z domu Sielicka, utrzymywała potajemną stancję-szkółkę polską dla chłopców przy ulicy Bakszta obok szpitala Sawicz w domu Brodowskiego. Syn jej Józef był jednym z założycieli uczniowskiego kółka czytelnianego. Zbieraliśmy się tam nieraz w zacisznym pokoiku na najwyższem piętrze (3-m). Pani Fiżanowa acz ułomna (garbata), pełna życia, przyjmowała przychodzących, siedząc na podwyższeniu w pierwszym pokoju od wejścia z nieodzowną tabakierką w ręku. Dostawaliśmy herbatę z konfiturami i smacznemi obwarzankami. Tu czytaliśmy na głos ustępy z zakazanych „Tułaczy" Bolesławity, które Józef otrzymywał bodaj od Gelinga. Tutaj też rozprawiali o domu państwa Bakszewiczów. Kiewlicz zakochany w najstarszej 19-letniej (najrozumniejszej) pannie Felicji, Michałowski w pannie Stanisławie. Od nich to wiem o tym zacnym domu (bez wątpienia były i inne, o których wieści do mnie nie doszły). W r. 1870 postępek księdza Stanisława Piotrowicza dodał otuchy jednym, wstrząsnął sumieniem innych, obudził śpiących. Ksiądz ten, jak wiadomo, spalił na ambonie w kościele św. Rafała t. zw. „Trebnik", przewodnik dla kapłanów przy udzielaniu chrztu, ślubu i t. p. czynności. Zapytania dawane wiernym były w języku polskim. Moskwa dokazała tego, że przetłumaczono je na moskiewskie, rozesłano do księży, aby się podpisali, że w razie zgody Stolicy Apostolskiej, przyjmą owe Trebniki. Złapali się na tę wędkę i uczciwi kapłani, między innymi i ksiądz Piotrowicz. Wyznał to publicznie z ambony przed spaleniem. Policja księdza aresztowała, wywieziony został na pobyt do Archangielska. Lichtarz, w którym tkwiła dobroczynna świeca, znajduje się w zbiorach Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie. Krążył po mieście w licznych odpisach dość długi wiersz, opiewający to zdarzenie. Posiadałem go. To był ksiądz-bohater. Ale, niestety, zadużo było nikczemników. W tymże czasie dostałem za ciastko 5-kopiejkowe od ucznia 2-ej klasy, syna gubernatora cywilnego, urzędowy akt, którym proboszcz Nawołockiego kościoła ksiądz (nazwisko wyszło mi z pamięci) zobowiązuje się, że nie będzie, czynił przeszkód w nawracaniu ludu na schizmę (prawosławje), o ile otrzyma taką to a taką intratniejszą parafję. Po latach, bodaj w r. 1895, oddałem ten dokument Tadeuszowi Wróblewskiemu. O dalszych dziejach jego nie wiem. Poza temi patrjalchalno-zachowawczymi, od roku ± 1873 zaczęły kiełkować ruchy demokratyczno-kosmopolityczne. Poczęły się tworzyć kółka nie klerykalne, antyklerykalne, gdzie rej wodziły słuchaczki wyższych kursów dla kobiet w Petersburgu. Polskość stała tu na dalszym planie—na czoło wysuwano: „Postęp", „ludzkość", panny może i były, a częściej udawały, że są bardzo „czerwone" co do swych poglądów, a i zewnętrznie poznawałeś je po krótko uciętych włosach (dzisiejsza moda, tylko bez pejsów), po niebieskich dużych konserwach, zaniedbaniu w stroju, paleniu papierosów, swobodnem obcowaniu z młodzieżą płci męskiej, lekceważeniu starszych. Na nich to wzorowała Orzeszkowa bohaterkę „Widm". Inteligencja zwała je nihilistkami, co lud przekształcił na „nagalistki", stąd już niedaleko, że nago chodziły bezbożnice i t. d. Zgorszenie siały te panny, nieliczne, ale hałaśliwe. Żandarmerja miała je na oku i nękała rewizjami.

Zabójstwo Tupalskiego, jednego z pięciu niecnych prałatów, ludność uważała za zasłużoną karę niebios. Współczuła raczej zabójcy, którego przyłapała policja pruska.

W lipcu 1875 r. ukończyłem szkoły. Rozdano nam patenty w sali Instytutu Panien. Rozdawali: generał-gubernator Albedyński i najwyżsi w Wilnie przedstawiciele wyznań chrześcijańskich. Zasiadał wśród nich i Żyliński. Dygnitarze ci kolejno wręczali patenty zbliżającym się uczniom, których było 10 (6 polaków, 3 moskali i 1 żyd). Po wręczeniu, z dalszej sali grzmiała fanfara ukrytej tam orkiestry. My polacy postanowiliśmy, jeżeli już kogo los pognębi i będzie musiał wziąć patent z rąk Żylińskiego — ukłonić się zdaleka, nie całując w rękę. Nie pamiętam, komu Żyliński wręczył dyplom — zdaje się, że żydowi Goldbergowi Note. Po otrzymaniu patentu i pożegnalnej w Werkach uczcie z kolegami wyjechałem do Pobikrów. Skończyło nas dziesięciu, a mianowicie 6-ciu polaków: Dojlido Władysław, ja, Piotr Mancewicz, Henryk Piątkowski, Kazimierz Szumkowski i Józef Ziemacki; 3 moskali: Fiodorow, syn policmajstra, Stieblin Kamienskij, syn gubernatora i Kułakowskij, syn popa, a brat młodszy późniejszego polakożercy, wydawcy „Warszawskiego Dziennika".

Największy z poetów starego Rzymu, opuszczając letnie wywczasy na wsi zawołał: w jednej ze swoich ód: „O, rus" (O wsi), co oddał w swoim języku największy poeta Moskwy: „O Rus"! Ja zwykły zjadacz chleba nie mam prawa porównywać się z tymi niepospolitymi ludźmi co do wyrażania swych uczuć i myśli. Uczucie jednak, które każdy z nich żywił, tamten dla wsi, ten dla ojczyzny — mogę mieć to samo. Mogę je żywić dla miasta, na które patrzyły szeroko rozwarte oczy pacholęcia, w którem snuł marzenia o przyszłości młodzieniec, pracował człowiek w sile wieku łącznie z setką współbraci nad rozwaleniem plugawej skorupy, pod którą zamierzał udusić polskość carski rząd najezdniczy i dziś, gasnącem już okiem spoglądam na cud zmartwychwstania polskości w tem mieście, w tej „perle Korony Polskiej", jak je nazwał prusak w roku 1915. Kocham Cię Wilno i wielbię.

Moriturus te salutat senex, o Urbs!

Protokół naukowego posiedzenia

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

z dnia 27 listopada 1929 r.

Przewodniczący prof. *J. Szmurło*. Obecnych 25 członków T-wa oraz 15 gości.

I. Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

II. Prof. K. Michejda przedstawia:

1) chorego z oderwaniem ścięgna mięśnia czterogłowego od rzepki; oderwane ścięgno przyszyto do odświeżonego brzegu rzepki 3 szwami drucianemi z wynikiem dobrym,

2) chorą, u której przez zewnętrzne nacięcie przełyku (oesophagotomia externa) usunięto z przełyku ciało obce (kość połkniętą wraz z mięsem wołowem). Chorą poza kliniką sondowano dla przepchnięcia ciała obcego do żołądka. Tej okoliczności prof. Michejda przypisuje wepchnięcie kości pomiędzy śluzówkę a mięśniówkę przełyku, skąd ją wydobyto. Oesophagoskopja dała wynik ujemny, wykazując tylko obrzęk śluzówki; ciała obcego natomiast schowanego pod błoną śluzową, tą metodą wykazać nie było można.

3) preparat żołądka po rezekcji z powodu raka okrężnego okolicy przedodźwiernikowej — bez objawów zwężenia, stan chorego dobry,

4) preparat nerki gruźliczej, usuniętej u chorej w czwartym miesiącu ciąży. Ponieważ cystoskopji z powodu małej pojemności pęcherza (30 cm. 3) nie można było wykonać, przeto prof. Michejda o obecności i stanie drugiej nerki przekonał się sposobem Kochera (obmacanie nerki podczas operacji przez otwór w tym celu wykonany w otrzewnej). Prof. Michejda omawia krytycznie sposoby orjentowania się w stanie domniemanie zdrowej nerki, znane z piśmiennictwa, wyrażając pogląd że sposób ten nie jest gorszy od sposobu Rovsinga, Solloffera i in. (odsłonięcie i oglądnięcie obydwu nerek), od radjografji, od metody separacyjnej, od sposobu Israela, Rosheta i Jaboulaya (ureterostomia po chorej stronie) ani wreszcie od metody Caspra (badanie funkcjonalne nerki zdrowej w czasie zabiegu operacyjnego po zaciśnięciu chorego moczowodu). Chora zabieg znosiła bardzo dobrze i jej stan ogólny w krótkim czasie b. się poprawił. Na ciążę zabieg doraźnego wpływu nie miał.

Dyskusja: Dr. Zarcyn—co do przypadku wydobycia ciała obcego z przełyku, uważa, iż wprowadzenie do przełyku sondy żołądkowej

może ułatwić chirurgowi orjentowanie się w stosunkach anatomicznych przy wykonywaniu ezofagotomji. W sprawie przypadku, dotyczącego nerki gruźliczej, zaleca używać separatora Louis'e, który pozwala otrzymywać mocz z każdej nerki zosobna. Chirurgowie amerykańscy, przy podejrzeniu na proces gruźliczy w nerkach, stosują *metodę odsłaniania nerki w drodze lędźwiowej, poczem stosując* promienie Roentgena, wykrywają, w razie istnienia ognisk zwapniałych, ich obecność i umiejscowienie.

Prof. K. Michejda w odpowiedzi zaznacza, że wnioskując z własnej praktyki, nie uważałby, iż we wszystkich przypadkach wprowadzenie do przełyku sondy może ułatwić orjentowanie się co do położenia ciała obcego: niekiedy sonda jest źle wyczuwalna, zwłaszcza kiedy istnieje proces zapalny wewnątrz przełyku, jak to miało miejsce w przypadku omawianym. Separatora Louis'a, manipulowanie którym, jak wiadomo z literatury, należy do rzędu zabiegów dość brutalnych, M. nie używa z braku tego przyrządu, podobnie jak nie stosuje rentgenoskopowania nerki w czasie zabiegu operacyjnego również z braku odnośnego aparatu w sali operacyjnej.

III. Doc. *E. Czarnecki*—Przypadek gynekomastji u kozła. (Pokaz zwierzęcia). Referent, po omówieniu historycznego rozwoju nauki o wydzielaniu wewnętrznem, porusza sprawę współzależności i korelacji gruczołów dokrewnych, uwzględniając zarazem zaburzenia, jakie mogą powstać przy niedostatecznie sprawnem funkcjonowaniu gruczołów płciowych.

Jako ilustrację dysharmonji w zakresie gruczołów rozrodczych przedstawia referent kozła, który obok znamion właściwych samcowi, posiada cechy samicom przynależne.

Kozioł (4-letni) o wyglądzie i temperamencie samca, ze wzgórkami rogowemi słabo rozwiniętemi, obok aparatu płciowego zewnętrznego męskiego, prawie normalnie wykształconego, posiada sutki, wydzielające mleko w ilości 60—70 cm^3 dziennie, które zarówno co do swych własności fizycznych, jak i składu chemicznego odpowiada w zupełności mleku koziemu.

IV. Doc. *St. Bagiński*: Histochemja ciał tłuszczowych międzynerczy zwierząt kręgowych.

D-r E. Czarnecki.

Protokół

Posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

w dniu 15.I 1930 r.

Obecnych członków T-wa 21, gości 26. Przewodniczący prof. *Szmurło*.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego posiedzenia:

I. Prof. *Michejda* przedstawia:

1) chorego, któremu na drodze krzyżowej usunął raka odbytnicy, usadowionego w części najniższej odbytu,

2) chorego operowanego przed $2^1/_2$ laty z powodu raka krzywizny dużej żołądka (rezekcja żołądka). Chory przybrał na wadze 8 kl., w chwili obecnej nigdzie żadnych przerzutów wykazać nie można. Funkcja żołądka ruchowa dobra (badanie rentgelogiczne), treść żołądkowa nie zawiera kwasu wolnego,

3) trzy preparaty żołądków wyciętych z powodu wrzodów z których jeden drążył do trzustki i wątroby, powodując stałe krwawienia, dwa inne drążyły do trzustki.

4) trzy serje rentgenogramów chorych, leczonych z powodu złamania szyjki kości ramieniowej (przed leczeniem i po leczeniu). Prelegent podkreśla, że złamanie to winno w każdym wypadku być leczone w zakładzie, w pozycji leżącej, wyciągiem zastosowanym na maksymalnie odprowadzoną kończynę górną.

II. Następnie D-r *B. Dylewski* demonstrował 3 chorych z Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice Otolaryngologicznej U. S. B.

1) Chory cierpi na rzadką postać chorobową *Rhotacismus nasalis*, przy której wydechane podczas fonacji powietrze w czasie wymawiania dźwięku R wychodzi przez nos. Inne prócz R dźwięki chory może wymawiać prawidłowo pomimo to, że pacjent ma duże wyrośla adenoidalne i powiększone migdałki. Wszelkie zabiegi w nosie, gardle i nosogardle są przeciwskazane, gdyż mogą pogorszyć mowę. Naogół przed wszelkiemi operacjami w narządach górnych dróg oddechowych należy zawsze sprawdzać, czy normalnie funkcjonuje podniebienie miękkie i czy mowa nie jest nosowa.

2) Chora, uczenica 15 lat, przebyła w 5-tym roku życia zapalenie opón mózgowych, poczem ogłuchła i zapomniała mowy. Lekarze orzekli, że chora pozostanie głuchoniemą. Jednakże chora po roku zaczęła trochę słyszeć, a następnie po usunięciu wyrośli ade-

noidalnych słuch jej jeszcze bardziej się polepszył. Obecnie chora słyszy mowę głośną przy samej małżowinie usznej. Pozostawiona samej sobie chora nauczyła się mówić jak głuchoniema, odczytując mowę z ust i tylko w minimalnym stopniu posługując się słuchem. Mowa chorej jest cicha, matowa, monotonna z odcieniem nosowym. Dźwięki głośne są zastępowane przez ciche. Leczenie chorej polega na ćwiczeniach słuchowych i na nauczaniu poprawnego wymawiania wszystkich dźwięków. Ten przypadek wykazuje, że u dzieci z przytępionym słuchem należy wykorzystać najmniejsze resztki słuchu celem ratowania, lub poprawienia mowy.

3) Chora, cierpiąca na chrypkę, od trzech lat leczy się u lekarzy specjalistów. Choroba była traktowana jako laryngitis chronica lub nawet laryngitis chronica tuberculosa. Stosowano leczenie miejscowe i ogólne, ale bez skutku. W płucach zmian chorobowych nie stwierdzono. Podczas pierwszej wizyty w przychodni dla chorób mowy i głosu stwierdzono prawie całkowity bezgłos. W krtani — zaczerwienienie i obrzmienie strun głosowych i nierówności na tylnej ścianie krtani. Niedomykalność strun w środkowej części. Dalsze badanie stwierdziło cały szereg nieprawidłowości ze strony mowy i głosu. Przeciętny ton mowy chorej odpowiadał tonowi f, zamiast h, lub $c^1/_2$, jakby się należało dla sopranu. Chora mówi tylko w piersiowym rejestrze, i bardzo często używa twardego sposobu mówienia (coup de glotte). Wysokie tony w rejestrze głosowym chora może wymawiać i śpiewać zupełnie czystym głosem. Stwierdzono tonastenję jako pozostałość po mutacji wskutek nieprawidłowego używania głosu, już z wtórnemi objawai w krtani. Cierpienie jeszcze bardziej się pogorszyło po zaleceniu chorej milczenia, gdyż chora oszczędzając krtań, zaczęła mówić zupełnie szeptem w niewłaściwym rejestrze. Po kilkudniowym już leczeniu fonologicznem głos chorej znacznie się poprawił i objawy miejscowe w krtani ustąpiły.

W dyskusji D-r *Lewande* mówi o „Rhinolalia aperta". Uważa on, że to jest zjawisko częste, zwłaszcza po adenotomji. W takich przypadkach niekiedy korzyść przynosi masaż lub wyciąganie podniebienia miękkiego. Prof. Gutzmann radził, by to leczenie przeprowadzał inny lekarz, gdyż tego lekarza, co operował wyrośla, dziecko zwykle długo się boi. Prof. *Szmurło* podkreśla duże znaczenie leczenia wad mowy. W odpowiedzi Dr. *Dylewski* zwraca uwagę, że w leczeniu następstw zapalenia opon mózgowych dużo może zdziałać, stosując ćwiczenia słuchowe. Należy narząd słuchu pobudzić

do czynności, nauczyć go posługiwać się słuchem. Co do leczenia „Rhinolaliae apertae“ to nietylko stosuje się tu masaż: należy nauczyć chorego wypuszczać powietrze przez usta. Leczenie polega np. na nauczaniu chorego kimografjonu. Oczywiście, że lekarz operujący chorego nie może zwykle leczyć go dalej.

Co do leczenia fonastenji, to w danym przypadku leczenie miejscowe dało poprawę.

III. Prof. *Z. Orłowski* i D-r *W. Krotow*. „W sprawie cholecystografji“ (autoreferatu nie dostarczono).

W dyskusji prof. *Szmurło* pyta, czy przy kilkakrotnych badaniach były różnice w obrazach röntgenolog. D-r Krotow odpowiada, że obrazy stale wypadały podobnie.

W dyskusji Dr. *Lidzki* wypowiada się co do klinicznej wartości obrazów otrzymywanych przy cholecystografji. Obraz normalny dowodzi tylko dobrej koncentracji płynu, który się dostał do pęcherzyka. Ujemny wynik badania nie mówi nic o zaburzeniach w pęcherzyku. Czasem zdjęcie Roentgen. może wprowadzić w błąd lekarza. W przypadku np. podejrzenia kamieni zdjęcie wykazuje dobry stan pęcherzyka. Jednak operacja potwierdza pierwotne przypuszczenie, wykazując obecność kamieni. W tym celu, by zmnjejszyć szansę pomyłek, radzą dokonywać prócz tego zdjęcie zwykłe Roentgen., by móc porównać obrazy.

W odpowiedzi Dr. *Krotow* zaznacza, że w przypadkach rozpoznania kamieni najpierw robi się próbne zdjęcie roentgenowskie, a potem cholecystografję z kontrastem. Dodatni wynik cholecystografji przemawia przeciw rozpoznaniu kamieni, ujemny — za tem rozpoznaniem.

IV. Dr. *Rudziński* dzieli się wrażeniami z wycieczki naukowej do Jugosławji i Czechosłowacji.

Dyskusję na ten temat wobec spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Wąsowski.

Zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską dnia 25 czerwca 1929 r. L. 216/29.

Statut Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci

przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej

1. Na zasadzie art. 4 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. „O ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich", przy Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej utworzona zostaje „Kasa Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci" (K. W. U.), której celem jest wypłata sum ubezpieczeniowych osobom, pozostałym po zmarłych członkach Izby.

2. Sprawami Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci kieruje Zarząd Izby za pośrednictwem przez siebie wybranej Komisji Wykonawczej tej Kasy.

W skład Komisji Wykonawczej wchodzą:

a) Jeden z członków Zarządu Izby w charakterze Przewodniczącego Komisji, oraz jego zastępca, wybrany z grona zastępców członków Zarządu Izby, obaj zamieszkali w Wilnie.

b) Sekretarz Komisji i jego zastępca, wybrani z pośród członków Izby, obaj zamieszkali w Wilnie.

c) Skarbnik Komisji i jego zastępca, wybrani również z pośród członków Izby i także zamieszkali w Wilnie.

d) Jeden z członków Izby, zamieszkały na terenie województwa Nowogródzkiego i jego zastępca również tam zamieszkały.

Korespondencję zwykłą K. W. U. oraz wezwanie do opłat podpisuje Przewodniczący Komisji Wykonawczej, Sekretarz lub Skarbnik tej Komisji czy też ich zastępca.

Korespondencję K. W. U. w sprawach pieniężnych, dowody i dokumenty kasowe, oraz czeki Pocztowej Kasy Oszczędnościowej podpisuje Naczelnik Izby lub jego zastępca, Przewodniczący Komisji Wykonawczej, lub jego zastępca oraz Skarbnik Komisji lub jego zastępca.

3. Do Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci obowiązani są należeć wszyscy członkowie Izby, z wyjątkiem tych, którzy przenosząc się na teren Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej z terenów innych Izb Lekarskich, udowodnią swą, poświadczoną przez odnośną Izbę przynależność do podobnej instytucji innej Izby Lekarskiej.

4. Lekarze młodsi na przeciąg jednego roku od daty otrzymania dyplomu lekarskiego, o ile znajdują się w ciężkich warunkach materjalnych, mogą być na własne życzenie i za zgodą Zarządu Izby zwolnieni od należenia do K. W. U., co pociąga jednak za sobą konsekwencję, że w razie śmierci pozostała rodzina sumy ubezpieczeniowej nie otrzymuje.

5. Członek Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, przenosząc się na teren innej Izby Lekarskiej, ma prawo za zgodą Zarządu Izby pozostać nadal członkiem K. W. U., o ile, złożywszy odpowiednią deklarację, wykonywać będzie dokładnie i terminowo wszelkie zobowiązania z tego tytułu na nim ciążące.

6. Lekarze wojskowi, którzy na podstawie odpowiedniego rozporządzenia władz wojskowych (rozkaz M. S. Wojsk. Dep. VIII Sanit. L. 1685/26 Kad.) nie należą do Izby Lekarskiej, nie należą tem samem do K. W. U.

7. O ile nowoprzybyły na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej lekarz ukończył 60 rok życia i nie był członkiem żadnej z Izb Lekarskich Rzeczypospolitej Polskiej, to po jego śmierci suma ubezpieczeniowa przypada rodzinie jego względnie spadkobiercom (art. 10 niniejszego Statutu) tylko w tym razie, jeżeli zajmował się on wykonywaniem zawodu lekarskiego i jeżeli okres jego należenia do K. W. U. był nie krótszy niż jeden rok.

8) Każdy członek K. W. U. wnosi do tej Kasy wpisowe w wysokości 20 zł. Kapitał stąd powstały jest rezerwowym kapitałem Kasy, gwarantującym terminową wypłatę sum ubezpieczeniowych, niezależnie od wpływu składek i niezależnie od konieczności jednoczesnej wypłaty tych sum za kilka wypadków śmierci.

Członek K. W. U. nabiera prawa do tej Kasy z dniem opłaty wpisowego na rzecz tej Kasy.

9. Jednocześnie z opłatą wpisowego każdy członek Izby winien złożyć w K. W. U. w zapieczętowanej kopercie własnoręcznie podpisaną deklarację komu (osobie lub instytucji) w razie jego śmierci ma być wpłacona suma zapomogowa.

Własnoręczność podpisu na deklaracji musi być potwierdzona przez 2-ch członków Izby, lub przez notarjusza, urząd, instytucję, czy też 2 znane i wiarogodne osoby.

Deklaracje mogą być zmienione na żądanie pisemne odnośnego członka K. W. U. Na zapieczętowanej kopercie zawierającej deklarację powinien być nadpis: „Do Komisji Wykonawczej Kasy Wza-

jemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci. Deklaracja d-ra (imię i nazwisko)".

10. Rodzina, osoba lub instytucja, wymieniona w deklaracji, otrzymują po śmierci członka K. W. U. najdalej w ciągu trzech tygodni od dnia zgłoszenia o śmierci sumę ubezpieczeniową. W braku deklaracji sumę tę otrzymują żona, dzieci, względnie spadkobiercy, wskazani przez Sąd, a w razie ich braku osoba, która zajęła się pogrzebem. W tym wypadku K. W. U. zwraca rzeczywiste koszta pogrzebu na zasadzie przedstawionych jej rachunków jednak w wysokości, nie przekraczającej sumy ubezpieczeniowej, podlegającej wypłacie.

Z sumy ubezpieczeniowej potrącone zostają wszystkie zaległe opłaty na rzecz Izby.

Suma ubezpieczeniowa nie podlega sekwestrowi, aresztowi, podziałowi i t. p.

11. Składka do K. W. U. wynosi po 5 zł. od każdego członka K. W. U. za każdy wypadek śmierci członka tej Kasy. Składki pobierane są serjami po 2 za każde 2 wypadki śmierci. Składki te członkowie K. W. U., zamieszkali w Wilnie, powinni wnieść najpóźniej w terminie 7 dniowym, a zamieszkali poza Wilnem w 14 dniowym od daty wysłania zawiadomienia przez Komisję Wykonawczą.

Składki mogą być wnoszone, albo bezpośrednio w kancelarji Izby, albo też pośrednio przez Pocztową Kasę Oszczędności; natomiast nie mogą być wnoszone przy pomocy przekazów pocztowych.

W razie niezapłacenia składki w powyższych terminach, Zarząd Izby ściąga zaległości w drodze administracyjnej z karą w wysokości 100% składki. (Art. 44 Ustawy o Izbach Lekarskich z dn. 2.XII 1921 r.). Jeżeli członek K. W. U. spowoduje dwukrotne zrzędu ściąganie składek w drodze administracyjnej t. zn. nie wpłaci ich sam w oznaczonym terminie, bez ważnej, należycie umotywowanej i przez Zarząd uwzględnionej przyczyny, to podlega on poza tem postępowaniu dyscyplinarnemu przed Sądem Izby (art. 3-4-28 Ustawy o Izbach Lekarskich z dnia 2.XII 1921 r.).

12. Każdy członek K. W. U. obowiązany jest zawiadomić Komisję Wykonawczą tej Kasy najpóźniej w ciągu dwóch tygodni o zmianie swego adresu, aby nie narażać Komisji na poszukiwania i zbędną korespondencję w sprawie opłaty składek, siebie zaś samego na wysoką karę, wynikającą z tytułu opóźnionego wniesienia składek.

13) Zarządowi Izby przysługuje prawo odroczyć poszczególnym członkom K. W. U. opłatę składek.

Odroczenie to może mieć miejsce tylko po dokładnem sprawdzeniu ciężkich warunków materjalnych petentów i na okres nie dłuższy niż pół roku. Termin ten może być przez Zarząd Izby ponownie odroczony jeszcze na pół roku, po ponownem jednak stwierdzeniu, że stan materjalny petenta nie uległ poprawie. O dłuższem ponad rok odroczeniu składek decyduje nie Zarząd lecz Rada Izby.

Zwolnić członka K. W. U. od częściowej lub całkowitej opłaty składek Zarząd Izby może tylko wyjątkowo na okres nie dłuższy niż pół roku po dokładnem stwierdzeniu krańcowo ciężkich warunków materjalnych danego członka. .

O dłuższem ponad pół roku zwolnieniu od składek decyduje nie Zarząd lecz Rada Izby.

14. Żaden z członków Izby, z wyjątkiem wymienionych w art. 3 i 4 niniejszego Statutu, od opłaty wpisowego zwolniony być nie może. W razie ciężkich warunków materjalnych Zarząd Izby ma jedynie prawo rozłożyć petentowi opłatę wpisowego na raty i na warunkach, jakie uzna za najbardziej odpowiednie.

15. Wkłady, wniesione przez członków K. W. U., zwrotowi nie podlegają.

16. Po nadejściu do Izby Lekarskiej wiadomości o śmierci członka K. W. U. Przewodniczący Komisji Wykonawczej, lub jego zastępca, najdalej w ciągu dwóch dni następnych, zwołuje posiedzenie tej Komisji celem otworzenia deklaracji zmarłego i sporządzenia odpowiedniego protokółu.

Do prawomocności posiedzeń Komisji Wykonawczej K. W. U. konieczna jest obecność 3-ch członków tej Komisji.

W protokóle, sporządzonym przez Komisję, powinny być umieszczone zwłaszcza następujące dane:

a) Komu zmarły przekazał do odbioru sumę zapomogową; kiedy sporządzona była przez zmarłego deklaracja (dokładna data); kto poświadczył własnoręczność podpisów zmarłego, czy deklaracja była zmieniana. Deklaracje nie ulegają zniszczeniu, lecz przekazane zostają do aktów K. W. U.

b) Ilu członków w dniu śmierci członka K. W. U. liczyła ta Kasa.

UWAGA: Członkowie Izby, wymienieni w art. 3 i 4 niniejszego Statutu w rachubę nie wchodzą, jako nie należący do K. W. U.; ogólna ich liczba powinna być jednak w protokule wymieniona.

c) Jakie zaległości w stosunku do Izby Lekarskiej obciążają rachunek zmarłego.
d) Jaka suma ubezpieczeniowa podlega wypłacie osobie czy instytucji, wymienionej w deklaracji.

17. Dla obliczania tej sumy, to jest sumy podlegającej wypłacie, Komisja Wykonawcza K. W. U. ustala kapitał obrotowy dla danego wypadku śmierci, mnożąc liczbę członków K. W. U. w dniu śmierci przez 5, to jest przez wysokość składki członkowskiej (art. 11 niniejszego Statutu). Z otrzymanej w ten sposób ogólnej sumy kapitału obrotowego potrąca się 10% na kapitał dyspozycyjny K. W. U. oraz 5% na kapitał administracyjny tej Kasy, pozostała zaś reszta, t. j. 85% kapitału obrotowego, tworzy kapitał ubezpieczeniowy, podlegający wypłacie zgodnie z deklaracją, po potrąceniu wszelkich ewentualnie zaległych opłat zmarłego na rzecz Izby.

18. Fundusz K. W. U. składa się z kapitałów: 1) rezerwowego, który tworzy się z wpisowego K. W. U., 2) obrotowego, który tworzy się przy każdym wypadku śmierci ze składek członkowskich i którego wysokość każdorazowo odpowiada liczbie członków K. W. U. pomnożonej przez 5.

Kapitał obrotowy obliczany przy każdym wypadku śmierci dzieli się na: a) kapitał ubezpieczeniowy, b) kapitał administracyjny, c) kapitał dyspozycyjny.

Kapitał rezerwowy, powstały z wpisowego do K. W. U. przeznaczony jest na czasowe pokrycie sumy ubezpieczeniowej w myśl art. 8 niniejszego Statutu.

Kapitał ubezpieczeniowy, wynoszący 85% kapitału obrotowego, ustalonego przy każdorazowym wypadku śmierci, określa wysokość sumy ubezpieczeniowej, podlegającej wypłacie zgodnie z deklaracją zmarłego.

Kapitał administracyjny, wynoszący 5% kapitału obrotowego, ustalonego przy każdym wypadku śmierci, przeznaczony jest na koszty administracyjne i kancelaryjne K. W. U.

Kapitał dyspozycyjny, wynoszący 10% kapitału obrotowego, ustalonego przy każdym wypadku śmierci, po odliczeniu:

a) odsetek od funduszów K. W. U., złożonych w Bankach i Pocztowej Kasie Oszczędnościowej;
b) grzywien stuprocentowych (art. 11 niniejszego Statutu);
c) różnicy powstałej po opłaceniu rzeczywistych kosztów pogrzebu (art. 10 niniejszego Statutu), oraz

d) zwróconych składek członkowskich, odroczonych w roku ubiegłym,

— przeznaczony jest na pokrycie składek na członków K. W. U., którym opłata tych składek w danym roku została odroczona, lub którzy od opłaty tych składek zostali czasowo zwolnieni.

Ogólna suma odroczeń i zwolnień przyznanych w ciągu roku administracyjnego Izby członkom K. W. U. nie może przekraczać ogólnej sumy kapitału dyspozycyjnego z danego roku.

Nadwyżką kapitału dyspozycyjnego z danego roku, powstałą po potrąceniu ogólnej sumy zwolnień i nieopłaconych w danym roku odroczeń, dysponuje na swem pierwszem dorocznem posiedzeniu Rada Izby na wniosek Zarządu Izby, w granicach, jakie uzna za wskazane i w ramach potrzeb K. W. U., nie wyłączając, o ile się to okaże potrzebne, działu administracyjnego tej Kasy, lub też w ramach potrzeb Kasy Zapomogowej dla Wdów i Sierot i po lekarzach, byłych członkach Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, która to Kasa jest niejako uzupełnieniem K. W. U.

20. Likwidacja K. W. U. może nastąpić jedynie tylko na wniosek Zarządu Izby i na zasadzie uchwały Rady Izby większością $^{2}/_{3}$ głosów wszystkich jej członków. Na tem samem posiedzeniu Rada Izby uchwalić powinna, również większością $^{2}/_{3}$ głosów, przeznaczenie sum pozostałych z likwidacji.

21. Obowiązki Przewodniczącego Komisji Wykonawczej K. W. U. polegają na kierowaniu wszystkiemi sprawami Kasy; zdawaniu sprawozdań z czynności Kasy Zarządowi i Radzie Izby; zwoływaniu posiedzeń Komisji Wykonawczej i kierowaniu obradami tej Komisji; opracowywaniu samemu szczególnie ważnych wniosków; przestrzeganiu uchwał Zarządu i Rady Izby oraz Statutu K. W. U.; przeglądaniu i załatwianiu korespondencji Kasy, oraz spraw dotyczących Kasy; czuwaniu nad sprawnością i prawidłowem funkcjonowaniem Kasy.

22. Obowiązki Sekretarza K. W. U. polegają na prowadzeniu listy członków K. W. U. oraz listy członków Izby, zwolnionych na stałe od przynależności do K. W. U. (art. 3 niniejszego Statutu) i zwolnionych czasowo (i do jakiego terminu) od tej przynależności (art. 4 niniejszego Statutu); prowadzeniu księgi zgonów członków K. W. U. z wyszczególnieniem daty zgonów, wysokości wypłaconych sum ubezpieczeniowych, osób, które te sumy pobrały, oraz daty wypłaty tych sum; prowadzeniu protokułów na wszystkich posiedzeniach Komisji Wykonawczej i Zarządu Izby, sporządzaniu wspólnie ze

Skarbnikiem Komisji Wykonawczej sprawozdań z czynności Kasy dla Zarządu i Rady Izby; segregowaniu i zachowaniu w porządku aktów Kasy; przechowywaniu pieczęci K. W. U.

23. Obowiązki Skarbnika Kasy K. W. U. polegają na prowadzeniu Księgi wpływów i rozchodów Kasy i przestrzeganiu terminowej opłaty składek przez członków K. W. U.; rozsyłaniu przy pomocy personelu biurowego wezwań do opłaty składek; prowadzeniu listy członków Kasy, którym opłaty zostały odroczone oraz dopilnowaniu terminu tych odroczeń; wypłaceniu sum ubezpieczeniowych; wnoszeniu gotowizny, niekwalifikującej się do bezzwłocznego wydawania, do Pocztowej Kasy Oszczędnościowej lub do Państwowych Instytucyj kredytowych, wskazanych przez Zarząd Izby; załatwianiu razem z Przewodniczącym Komisji Wykonawczej K. W. U. korespondencji w sprawach pieniężnych tej Kasy.

24. Obowiązki członka Komisji Wykonawczej z województwa Nowogródzkiego polegają na załatwianiu spraw K. W. U. na terenie tego województwa w porozumieniu z członkami Komisji, zamieszkałemi w Wilnie.

25. Niniejszy Statut Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci wchodzi w życie po zatwierdzeniu go przez Naczelną Izbę Lekarską.

Od Zarządu Wil.-Now. Izby Lekarskiej.

Z dniem wejścia w życie niniejszego Statutu Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci, poprzednio obowiązujący Statut Kasy pogrzebowej Wil.-Now. Izby Lekarskiej zostaje unieważniony.

Zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską dnia 25-go czerwca 1929 r. L. 225/29.

Regulamin Biura Pośrednictwa Pracy

Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Pośrednictwo i współudział Izby Lekarskiej przy obsadzaniu zwykłych posad lekarskich ma na celu:

1. Uporządkować i ujednostajnić system obsadzania posad lekarskich.

2. Usunąć niezdrowe współzawodnictwo lekarskie, oparte najczęściej na protekcjach i intrygach, a prowadzące do nieporozumień i zatargów między lekarzami.

3. Zapewnić poszukującym pracy lekarzom bardziej równomierny jej podział.

4. Ułatwić lekarzom zdobycie pracy, odpowiedniej ich uzdolnieniom, specjalności, stanowi materjalnemu i rodzinnemu.

5. Dać pracodawcom, poszukującym wykwalifikowanych sił lekarskich, pewną gwarancję, że, poleceni przez Izbę lekarze, posiadają odpowiednie kwalifikacje etyczne i fachowe, zwłaszcza, gdy chodzi o poszczególne specjalności lekarskie.

6. Umożliwić Izbie wgląd w warunki pracy i płacy lekarskiej, aby w razie potrzeby, miała ona dostateczne podstawy do występowania wobec czynników państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych (Kasy Chorych) oraz społecznych, z umotywowaną interwencją, dotyczącą obrony praw i dobra stanu lekarskiego.

Wszystkie wyżej wymienione punkty, określając zadania Izby Lekarskiej w zakresie pośrednictwa pracy lekarskiej, wypływają bezpośrednio z art. 1 punkt a i b Ustawy z dnia 2.XII. 21 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich, oraz zmierzają do samorządnego uporządkowania spraw lekarskich.

I.

Na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej obowiązuje zasada, że wszystkie płatne posady lekarskie mogą być obejmowane przez lekarzy wyłącznie tylko za pośrednictwem i przy współudziale Izby Lekarskiej drogą konkursów.

Objęcie posady bez pośrednictwa Izby, pociąga za sobą odpowiedzialność lekarzy przed sądem Izby.

Wyjątek pod tym względem stanowią:

1) Stanowiska wojskowe.

2) Państwowe stanowiska administracyjne w Urzędach Wojewódzkich i Starostwach, w kolejnictwie i sądownictwie, w Kuratorjach okręgów szkolnych.

3) Stanowiska naukowe w uniwersyteckich zakładach i klinikach.

Uwaga: W miarę jednak możności, odnośne władze zwracają się w tych wypadkach do Izby Lekarskiej o wydanie opinji co do kwalifikacyj osobistych poszczególnych kandydatów.

II.

Do prowadzenia spraw w zakresie pośrednictwa pracy lekarskie. Zarząd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej powołuje Biuro Pośrednictwa Pracy z oddziałami w Wilnie i Nowogródku.

Zakres działalności Biura Pośrednictwa Pracy jest następujący:

a) Biuro Pośrednictwa Pracy zbiera zawiadomienia o konkursach i prowadzi w prasowym organie Izby dział ogłoszeniowy o tych konkursach. Poza tem prowadzi ono również w lokalu Izby i w lokalu jednego z Oddziałów Nowogródzkiego Tow. Lekarskiego tabelę lub księgi ogłoszeniowe o konkursach i księgi dla wpisywania ofert, stających do konkursu lekarzy.

b) Biuro Pośrednictwa Pracy w sprawach, dotyczących obsadzania posad lekarskich, nawiązuje i utrzymuje stały kontakt i porozumienie z innemi Izbami Lekarskiemi, a na terenie własnej Izby z urzędami państwowemi, samorządowemi, zarządami Kas Chorych i instytucjami społecznemi.

c) Biuro Pośrednictwa Pracy opracowuje wnioski, zmierzające do uporządkowania istniejących stosunków w sprawach, dotyczących obsadzania posad lekarskich.

d) Biuro Pośrednictwa Pracy wgląda w warunki pracy i płacy lekarskiej, informując o tem Zarząd Izby.

e) Biuro Pośrednictwa Pracy, za pośrednictwem Zarządu Izby, ingeruje w Naczelnej Izbie Lekarskiej, u Władz Państwowych, Samorządowych i Kas Chorych, w sprawach dotyczących pracy lekarskiej.

III

Skład Biura Pośrednictwa Pracy:

A. Oddział Wileński:

1) Jeden z członków Zarządu Izby, jako przewodniczący i kierownik.

2) Przewodniczący Komisji Bytu, lub jego zastępca.

3) Przedstawiciele Związków Lekarskich z terenu Województwa

Wileńskiego, wybrani przez te Związki, w liczbie jednego członka i jednego stałego zastępcy od każdego Związku.

Do związków Lekarskich, posiadających swych przedstawicieli w Oddziale należą:

a) Związek Lekarzy Państwa Polskiego (Obwód Wileński).
b) Stowarzyszenie Lekarzy Polaków w Wilnie.
c) Związek Lekarzy Żydów w Wilnie.

B. Oddział Nowogródzki:

1) Jeden z członków Zarządu Izby, zamieszkały na terenie Wojew. Nowogródzk., jako przewodniczący i kierownik.
2) Przedstawiciel Komisji Bytu.
3) Przedstawiciel Nowogródzkiego Towarzystwa Lekarskiego.
4) Przedstawiciel Związku Lekarzy Państwa Polskiego (Obwód Nowogródzki).

Uwaga 1: W skład każdego z Oddziałów Wileńskiego i Nowogródzkiego wchodzą poza tem członkowie Izby, których obecność w Biurze Pośrednictwa Pracy jest szczególnie wskazana i pożądana. Członków tych, na wniosek przewodniczącego Oddziału, zaprasza Zarząd Izby do stałego lub czasowego udziału w pracach tego Oddziału z głosem decydującym.

Uwaga 2: Przy rozpatrywaniu kandydatur do poszczególnych instytucyj państwowych, samorządowych, ubezpieczeniowych, czy społecznych w posiedzeniu Oddziału przyjmuje udział z głosem decydującym przedstawiciel, ewentualnie delegat, odnośnej Instytucji (lekarz-członek Izby), zaproszony na wniosek przewodniczącego Odziału przez Zarząd Izby.

IV.

Członkowie Biura Pośrednictwa Pracy wybierają ze swego grona:

1) Dwuch stałych Vice-Przewodniczących, zamieszkałych w Wilnie i w Nowogródku.
2) Dwuch stałych sekretarzy Biura, zamieszkałych jeden w Wilnie, drugi w Nowogródku, oraz ich zastępców.

V.

Pracodawca t. j. urząd państwowy, samorządowy, Kasa Chorych, instytucja społeczna, czy nawet prywatna, zawiadamia odnośny Oddział Biura Pośrednictwa Pracy, że zamierza ogłosić konkurs na posadę lekarską. W zawiadomieniu powinny być podane warunki konkursu, żądane dokumenty, oraz ściśle określony termin prekluzyjny

danego konkursu, nie krótszy, niż 6 tygodni od daty zawiadomienia Izby.

Uwagi: a) Zarządowi Izby, zależnie od warunków konkursu, lub towarzyszących mu okoliczności, przysługuje prawo uchylenia się od ogłoszenia danego konkursu z podaniem lub bez podania motywów tej decyzji.

b) W sprawie posad czasowych i pilnych o wyborze lekarza w terminie, nie przekraczającym jednego tygodnia, decyduje Prezydjum odnośnego Oddziału w porozumieniu z przedstawicielami Związków, do których dany lekarz należy.

W ciągu 14 dni od daty zgłoszenia konkursu odnośny Oddział Biura Pośrednictwa Pracy obowiązany jest ogłosić go na koszt strony poszukującej lekarza w swym organie prasowym, lub w innem zgóry określonem i najbardziej poczytnem czasopismie lekarskiem, wzywając reflektantów do składania ofert w kancelarji Oddziału.

VI.

Jednocześnie ogłoszony konkurs zamieszczony zostaje na tabelach ogłoszeniowych, prowadzonych przez Sekretarzy Oddziałów, w kancelarjach tych oddziałów.

Oferty lekarzy, reflektujących na poszczególne posady konkursowe, wpisywane są do specjalnych ksiąg ofertowych, prowadzonych rownież przez Sekretarzy Biura w kancelarjach oddziałów.

Dla informacji swych członków Oddziały prowadzą poza tem w swych kancelarjach tabele, czy też księgi ogłoszeniowe konkursów obcych na terenie innych Izb Lekarskich, zbierając ku temu dane z ogłoszeń prasowych i pism nadsyłanych do Izby.

VII.

Lekarz—członek Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, składając ofertę na ogłoszoną w konkursie posadę, powinien złożyć jednocześnie w kancelarji Oddziału swe *curriculum vitae*, napisane własnoręcznie z uwzględnieniem szczególnem następujących danych:

a) Ile ma lat, oraz gdzie i kiedy ukończył Wydział Lekarski.

b) Jakie odbywał studja dodatkowe po ukończeniu Wydziału Lekarskiego; gdzie i jak długo odbywał staż szpitalny, lub naukowy; jaką obrał sobie specjalność lekarską; gdzie i jak długo w zakresie tej specjalności pracował; jakie zajmował stanowiska lekarskie, oraz dane dotyczące jego pracy na polu naukowem, lekarskiem i społecznem.

c) Jakie stanowiska i posady lekarskie zajmuje obecnie, jak

wiele poświęca im czasu, jak opłacane są te posady, czy zajmuje się poza tem praktyką prywatną, ile daje mu ta praktyka.

d) Jaki jest jego stan materjalny i obarczenie rodzinne.

e) Jaki jest jego stosunek do Wojska Polskiego.

f) Do jakich stowarzyszeń i związków lekarskich należy.

g) Jaki jest stan jego zdrowia (świadectwo lekarza urzędowego).

Jednocześnie z temi danemi powinna być złożona w kancelarji Izby karta rejestracyjna, obowiązująca w Izbie (o ile dotychczas nie zostało to zrobione).

Uwagi: a) Wszystkie wyżej wymienione dane powinny być jaknajdokładniej wyszczególnione, bo nieścisłość pod tym względem zaważyć może na szali konkursu.

b) Biuro Pośrednictwa Pracy ma prawo sprawdzenia tych danych i zażądania dowodów do ich poparcia, o ile zaś okażą się one nieprawdziwe, to powinny podlegać postępowaniu dyscyplinarnemu przed sądem Izby.

VIII.

Lekarze zamieszkali na terenie innych Izb Lekarskich, reflektując na posadę ogłoszoną w konkursie, powinni złożyć lub nadesłać do kancelarji Wileńsk.-Nowogr. Izby Lekarskiej:

a) Wyżej wymienione *curriculum vitae* i kartę rejestracyjną odnośnej Izby, poświadczoną przez tę Izbę.

b) Opinję odnośnej Izby o kwalifikacjach etycznych (opinję tę odnośna Izba przesyła poufnie i bezpośrednio do Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej).

c) Zaświadczenie lekarza urzędowego o stanie zdrowia.

Za wszystkie wyżej wymienione dane (oprócz stanu zdrowia), poświadczone przez jedną z Izb Lekarskich, a zwłaszcza za kwalifikacje etyczne, całkowitą moralną odpowiedzialność ponosi odnośna Izba, gdyż dane te przez Wileńsko-Nowogródzką Izbę Lekarską sprawdzane nie będą.

IX.

Wszyscy kandydaci zarówno z terenu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, jako też z terenów innych Izb Lekarskich, składając oferty na posady konkursowe, powinni wnieść jednocześnie do odnośnego Oddziału jeden złoty na Fundusz Zapomogowy Wdów i Sierot po Lekarzach.

X.

Po upływie terminu, prekluzyjnego dla danego konkursu, Oddziały rozpatrują złożone przez kandydatów oferty i dokumenty, poczem ustalają kwalifikacje etyczne, fachowe i materjalne kandydatów.

Nazwiska kandydatów, co do których niema zastrzeżeń pod względem etycznym, fachowym i materjalnym wraz z ewentualnemi uwagami, którzy z kandydatów przed innymi zasługują na wybór, przesłane zostają pisemnie przez Zarząd Izby stronie, poszukującej lekarza.

Uwaga: Nazwiska kandydatów, których poleca Biuro Pośrednictwa Pracy umieszcza się na liście w kolejności ich kwalifikacyj. Przy równych kwalifikacjach to samo kolejne miejsce na liście otrzymać może kilku kandydatów.

XI.

Ostateczny wybór lekarza z listy, przesłanej przez Zarząd Izby, zależy całkowicie od strony poszukującej, która powiadamia Izbę, kto został wybrany.

XII.

Lekarz, który tą drogą otrzymał posadę, powinien w terminie miesięcznym od daty jej otrzymania, wpłacić do Izby 10 złotych na Fundusz Zapomogowy dla Wdów i Sierot po Lekarzach.

XIII.

Wszelkie głosowania w Biurze Pośrednictwa Pracy odbywają się zgodnie z § 60 Regulaminu Izby.

XIV.

Do prawomocności decyzji Oddziału potrzebna jest obecność przynajmniej połowy członków tego Oddziału.

Zaproszenia na posiedzenia Oddziałów rozsyła Sekretarz Oddziału przynajmniej na tydzień przed terminem posiedzenia.

W zaproszeniach tych powinien być oznaczony dzień i godzina posiedzenia. Każdy z członków Izby, zaproszony na to posiedzenie, powinien przybyć, a w razie niemożności przybycia powinien zawiadomić Sekretarjat Biura, w ten sposób, aby zawiadomienie to otrzymane być mogło na 48 godzin przed terminem posiedzenia.

Zawiadomienia o treści warunkowej, uzależniające przybycie od rozmaitych okoliczności, uważane będą za zawiadomienia odmowne.

Na miejsce członka, który na posiedzenie przybyć nie może, Sekretarjat Oddziału zaprasza zastępcę członka.

Jeżeli zaproszony członek, względnie zastępca członka, na posiedzenie nie przybędzie i nie usprawiedliwi swego nieprzybycia, lub

jeżeli usprawiedliwienie nie zostanie przez obecnych na zebraniu uznane za wystarczające, członek ten, względnie zastępca, podlega karze, ustalanej przez zebranych, w wysokości od 5—10 zł. Opóźnienie się z przybyciem na posiedzenie powyżej 30 minut, pociąga za sobą karę, ustaloną przez obecnych, w wysokości od 1 do 5 zł. Kary te przelane zostają do Funduszu Zapomogowego Wdów i Sierot po Lekarzach.

XV.

Obowiązki Przewodniczących Oddziałów Wileńskiego i Nowogródzkiego polegają na kierowaniu wszystkiemi sprawami Oddziałów, zdawaniu sprawozdań z czynności, rozdzielaniu poszczególnych spraw między pojedyńczemi członkami, przestrzeganiu uchwał Zarządu i Rady Izby, oraz regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy, przeglądaniu i załatwianiu korespondencji, oraz spraw Oddziałów i przewodniczeniu na zebraniach Oddziałów.

XVI.

Obowiązkiem Sekretarzy Oddziałów Wileńskiego i Nowogródzkiego jest ogłaszanie konkursów w ustalonym organie prasowym, dopilnowanie terminów prekluzyjnych tych konkursów, prowadzenie tabel lub ksiąg ogłoszeniowych o konkursach i prowadzenie ksiąg do wpisywania ofert lekarskich w lokalu Izby i w lokalu Tow. Lek. w Nowogródku; utrzymanie ścisłej łączności między sobą, prowadzenie protokułów obrad na wszystkich posiedzeniach, oraz ostateczne opracowywanie tych protokułów, sporządzanie ogólnych sprawozdań z czynności Oddziałów dla Zarządu i Rady Izby; przeglądanie i załatwianie wspólnie z Przewodniczącymi korespondencji, przekazywanie Sekretarzowi Izby aktów i protokułów poufnych; prowadzenie dziennika pism wpływających i wychodzących, przechowywania pieczęci oddziałowych. Korespondencję bieżącą podpisują Przewodniczący Oddziałów, względnie ich zastępcy i Sekretarze, względnie ich zastępcy. Korespondencję, dotyczącą wyniku konkursu, podpisują Naczelnik Izby, Przewodniczący Oddziału Biura i Sekretarz Izby lub też jego zastępca.

Obowiązkiem Sekretarzy Oddziałów jest również prowadzenie księgi wpływów kasowych, przestrzeganie, aby przypadające opłaty były wnoszone, prowadzenie wykazu dłużników, którzy opłat nie uiścili, oraz ściąganie przy pomocy Zarządu Izby tych opłat, sporządzanie wykazów kasowych, przelewanie pobranych sum do ogólnego Funduszu Zapomogowego Wdów i Sierot po Lekarzach.

XVII.

Z sum, pobieranych każdorazowo, odlicza się potrzebne kwoty na pokrycie wydatków związanych z czynnościami Oddziałów. O wysokości tych kwot decyduje Zarząd Izby na wniosek przewodniczącego Oddziału, po uzgodnieniu ze Skarbnikiem Izby. Pozostałość przelewa się do Kasy Funduszu Wdów i Sierot po Lekarzach.

Wyjaśnienia Zarządu Izby do Regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Do opracowania Regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy skłoniły Zarząd Izby te nienormalne stosunki, jakie się wytworzyły przy obejmowaniu przez lekarzy płatnych stanowisk lekarskich.

Art. 1 Ustawy z dnia 2.XII-21 roku o Izbach Lekarskich mówi, że Izby te powołane są do samorządnego uporządkowania spraw, dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jak również do strzeżenia jego praw, godności i sumienności. Ponieważ interesy i byt ogromnej liczby lekarzy oparte są nieraz wyłącznie na płatnych stanowiskach lekarskich, przeto dopóki obejmowanie tych stanowisk przez lekarzy odbywać się będzie bez wszelkiego prawie udziału Izb Lekarskich, jak to obecnie ma miejsce, dopóty o uporządkowaniu tych spraw przez Izby nie może być mowy i dopóty art. 1 Ustawy o Izbach pozostawać musi tylko martwą literą prawa.

Z chaosu, jaki pod względem obsadzania płatnych stanowisk lekarskich obecnie panuje, wyłania się kilka sposobów załatwiania tych spraw:

1) Najbardziej prostym, lecz jednocześnie najbardziej dla stanu lekarskiego szkodliwym, a dla pracodawców najbardziej nieoględnym, jest sposób bezpośredniego obsadzania posad lekarskich, bez wszelkiego udziału Izb Lekarskich, Związków lekarskich, czy wogóle Lekarzy. Gdy na czele urzędu, wydziału, czy też instytucji stoi lekarz, orjentujący się w miejscowych stosunkach lekarskich, to wybór odpowiedniego na daną posadę kandydata, może być mniej, albo więcej trafny. O ile jednak o wyborze decyduje nie lekarz, to wybór ten często bardzo jest zupełnie ślepy, oparty przeważnie na osobistej znajomości, na protekcjach, stosunkach, oraz na zręczności i obrotności poszczególnych, ubiegających się o posadę lekarzy.

System ten, praktykowany zwykle w większych miastach, stwarza niezdrowe współzawodnictwo lekarskie, jest źródłem intryg i zatargów między lekarzami, uniemożliwia bardziej równomierny podział

płatnej pracy lekarskiej; w następstwie tego, jedni, więcej zapobiegliwi, zajmują nieraz po kilka stanowisk, gdy inni nie mają nic, nawet praw bezrobotnych zawodowych. Poza tem system ten powoduje bardzo często zupełnie nieodpowiednie obsadzanie poszczególnych posad lekarskich pod względem specjalności i fachowych kwalifikacyj; utrudnia wgląd w warunki pracy i płacy lekarskiej, a w rezultacie nie daje pracodawcy dostatecznej gwarancji, nawet co do etycznej i moralnej wartości przyjętego lekarza.

Ten system jako bezwzględnie zły, przeczący wszystkim prawie postulatom izbowego pośrednictwa pracy, winien być przez Izby Lekarskie jaknajusilniej zwalczany, kontrola Izby i cały zasadniczy sens artykułu 1 Ustawy o Izbach przy tym systemie sprowadzają się do zera.

2) Drugi, obecnie istniejący sposób obsadzania płatnych stanowisk lekarskich, różni się od poprzedniego pod tym tylko względem, że pracodawca, zwykle jakiś urząd, samorząd, czy instytucja, przed ostatecznem przyjęciem lekarza, zwraca się do Izby o wydanie opinji, dotyczącej kwalifikacyj etycznych, a nieraz i fachowych wymienionego kandydata. System ten, posiadający wszystkie prawie wady systemu poprzedniego, jest w stosunku do pracodawcy przynajmniej ostrożniejszy, bo uchronić go może od zaofiarowania posady lekarzowi, nieodpowiedniemu pod względem fachowym, lub nawet etycznym. Bardzo złą stroną systemu tego jest okoliczność, gdy opinja Izby o wymienionym kandydacie jest mocno niezdecydowana, lub nawet ujemna. Nie wydać opinji, gdy zapytuje o nią wysoki urzędnik, stojący na czele instytucji państwowej, Zarząd Izby nie może; wydać opinję wbrew swym przekonaniom, niezgodną z rzeczywistością, tembardziej nie może; a wydać opinję prawdziwą, lecz niekorzystną, to poufnie zdyskwalifikować zupełnie lekarza, odbierając mu możność nie tylko wszelkiego tłumaczenia, lecz nawet zachowania jakichkolwiek pozorów, motywujących w ten czy inny sposób cofnięcie kandydatury. Są ludzie wogóle i są lekarze, którym trudno jest dowieść nieetyczne lub występne postępowanie, choć wszyscy to wyczuwają, lub nawet o tem wiedzą. O takich ludziach wydawać opinję jest rzeczą bardzo trudną i bardzo drażliwą; można ich nie polecać, lecz niema podstaw, aby ich dyskwalifikować. W tem trudnem i drażliwem położeniu stawia Izbę ten drugi właśnie sposób obsadzania stanowisk lekarskich. Zarząd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej miał możność przekonać się o tem, niestety, już kilkakrotnie i na tej zasadzie musiał przyjść do wniosku, że do wszystkich braków pierwszego sposobu obsadzania stanowisk lekar-

skich, — drugi sposób — dołącza jeszcze jeden, mianowicie, zachodzącą nieraz konieczność wydawania poufnie ujemnych opinij, niesłychanie trudnych i drażliwych dla Zarządu, a tembardziej przykrych dla tych, kogo dotyczą.

3) Trzeci sposób obsadzania stanowisk lekarskich, sposób najczęściej stosowany, to system konkursów bez wiedzy i bez udziału Izb Lekarskich. System ten polega na tem, że pracodawca, najczęściej jakiś Sejmik, lub Rejonowa Kasa Chorych, ogłasza w jednem z pism lekarskich, czy nawet nielekarskich konkurs na posadę z wyszczególnieniem swych warunków i żądanych dokumentów. Oprócz wielu złych stron, zależnych od pominięcia Izby, system ten ma następujące braki:

a) Ogłoszenia, zamieszczane w rozmaitych pismach, nie dochodzą nietylko do wiadomości szerszego ogółu lekarzy, lecz nawet do wiadomości poszczególnych Izb Lekarskich, bo czasopism lekarskich jest dużo, nielekarskich jeszcze więcej, a nie wszystkie przez wszystkich mogą być czytane. W rezultacie, gdy liczba zgłaszających się kandydatów jest niewielka, lub gdy kandydatów tych brak zupełnie, Sejmik, Kasa Chorych, czy nawet Urząd Państwowy, zwracają się już bezpośrednio do Izb Lekarskich, oraz Związków Lekarskich z wezwaniem zawiadomienia ogółu lekarzy o ogłoszonym konkursie. Zawiadomienie to odbywa się w ten sposób, że instytucje te wzajemnie podają to sobie do wiadomości, oraz wywieszają ogłoszenia o konkursach w swych lokalach. Wynik tego jest nie najlepszy, bo ogłoszeń tych, nie spodziewając się ich pojawienia, nikt z zainteresowanych nie czyta i kandydatów nadal niema.

b) Po otrzymaniu na skutek ogłoszenia o konkursie nawet licznych ofert ze wszystkimi żądanemi dokumentami, Sejmik czy Kasa Chorych nie mogą wiedzieć o jednej jeszcze bardzo ważnej rzeczy, mianowicie, jaką opinją pod względem etycznym cieszą się reflektujący na posadę kandydaci. Nie mogą wiedzieć dlatego, bo opinja o lekarzu koncentruje się zwykle w pewnem ograniczonem środowisku lekarskiem i w poufnych aktach Izb Lekarskich.

c) W skład Sejmików i Zarządów Kas Chorych wchodzą przeważnie ludzie niefachowi, nielekarze, którzy nie mogą być miarodajnymi sędziami do oceny kwalifikacyj fachowych lekarza; nie mogą tembardziej, gdyż kwalifikacje te, zwłaszcza w zakresie poszczególnych specjalności, zdobywa się długą i mozolną pracą, już po ukończeniu Wydziałów Lekarskich i o kwalifikacjach tych mówią nie dyplomy i dokumenty, lecz znowu ta sama opinja pewnego środo-

wiska lekarskiego, opinja, którą każda Izba Lekarska zdobyć może łatwo.

4) Czwarty, obecnie istniejący, najrzadziej stosowany sposób obsadzania stanowisk lekarskich, polega na tem, że strona poszukująca, nie ogłaszając konkursu, zwraca się bezpośrednio do Izby Lekarskiej o danie jej odpowiedniego kandydata.

System ten zasadniczo dobry, bo uwzględniający postulaty izbowego pośrednictwa pracy, jest praktycznie wadliwy i prawie niewykonalny. Wymaga on przedewszystkiem, by lekarze składali w Izbie swe oferty na posady, które się wogóle gdzieś i kiedyś znajdą. Takich ofert niewątpliwie wiele być nie może, bo lekarz reflektuje zwykle na daną posadę, a znacznie rzadziej wogóle na posadę. Następnie, gdyby nawet ofert takich było względnie dużo, to nasuną się odrazu trudności techniczne, a mianowicie, korespondencja z zawiadamianiem i zapytywaniem wszystkich, którzy złożyli oferty, czy reflektują na daną posadę. Przy bardzo ograniczonem personelu biurowem Izby każde powiększenie korespondencji biurowej jest bardzo niepożądane, a zwłaszcza, gdy uniknąć tego można.

Dotyczy to właśnie tego czwartego sposobu obsadzania stanowisk lekarskich, którego braki z łatwością mogą być usunięte, gdyż pracodawca, poszukujący lekarza, zgadza się zasadniczo na wybór Izby. Zamiast zbierania ofert a następnie rozsyłania zawiadomień z zapytaniami, znacznie łatwiej jest dla Izby ogłosić poprostu konkurs w swym organie prasowym, chociażby na koszt Izby. Korespondencja również pociąga za sobą koszty, które mogą być bezcelowe, gdy tymczasem ogłaszanie konkursów w jednem, zgóry ustalonem czasopiśmie lekarskiem, ma niewątpliwie charakter celowości, bo tylko ci, co reflektują na daną posadę, zgłaszają swe oferty i staną do konkursu.

Licząc się z brakami wszystkich tych sposobów i dążąc do uporządkowania spraw lekarskich w myśl art. 1 Ustawy o Izbach, Zarząd Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej wspólnie z członkami Biura Pośrednictwa Pracy opracował podstawy izbowego pośrednictwa pracy i ujął je w ramy regulaminu.

Przewodnią myślą tego regulaminu jest oparcie sprawy posad lekarskich na następujących zasadach:

1) Bezwzględny udział Izb Lekarskich w obsadzaniu wszelkich stanowisk lekarskich z wyjątkiem stanowisk, wymienionych w § 1 Regulaminu.

2) Ujednostajnienie systemu obsadzania tych stanowisk drogą konkursów, ogłaszanych przez Izbę w jednem zgóry określonem czasopiśmie lekarskiem.

3) Ustalanie przez Izbę kwalifikacyj etycznych, fachowych i materjalnych kandydatów, stających do konkursu, przy pomocy organu opinjodawczego Izby, którym jest Biuro Pośrednictwa Pracy, w skład którego wchodzą przedstawiciele Izby, Urzędów Państwowych, Samorządowych, Kas Chorych, oraz przedstawiciele Związków Lekarskich.

4) Pozostawienie pracodawcy wolnego wyboru lekarza z liczby kandydatów, posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Regulamin Biura Pośrednictwa Pracy Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej ma na celu:

1) Powołać do życia martwy dotychczas art. 1 Ustawy o Izbach Lekarskich.

2) Podnieść poziom etyczny wśród lekarzy, którzy wiedząc, że o ich bycie, uzależnionym nader często od uzyskania płatnej posady, decyduje Izba, zmuszeni będą liczyć się znacznie więcej z wymaganiami etyki lekarskiej.

Życzyćby należało, aby drogą porozumienia międzyizbowego i ustalenia organów prasowych, w których poszczególne Izby zgodziłyby się ogłaszać konkursy na swych terenach, powstać mogła ogólna lista konkursów, ogłaszanych na terenie Państwa Polskiego.

Wydawanie takiej ogólnej listy w dwutygodniowych odstępach czasu, najwłaściwiej przez Naczelną Izbę Lekarską w jej organie prasowym, w organie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, lub w jakimkolwiek innem czasopismie lekarskiem na wspólny koszt wszystkich Izb Lekarskich, byłoby w najwyższym stopniu pożądane, bo, nie obciążając zbytnio budżetów poszczególnych Izb, dałoby możność ogółowi lekarzy szerokiego wyboru posad, informując ich dostatecznie o istnieniu takowych.

Uchwała Rady Wil.-Nowogr. Izby Lekarsk. z dnia 28-go czerwca 1928 r. Pismo Nacz. Izby Lek. z dnia 10-go grudnia 1929 r.

Regulamin

Kasy Zapomogowej Dla Wdów i Sierot po Lekarzach Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

1. Kasa zapomogowa dla Wdów i Sierot po lekarzach jest organem Zarządu Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej, funkcjonującym pod kierunkiem Komisji Bytu tegoż Zarządu.

2. Celem Kasy jest administrowanie funduszami Izby, przeznaczonemi na zapomogi dla wdów i sierot po lekarzach.

3. Komisja Bytu wyłania z pośród swych członków Zarząd Kasy do kierowania jej sprawami. Przewodniczącym Zarządu Kasy jest Przewodniczący Komisji Bytu. W skład Zarządu wchodzą: jego Wice-Przewodniczący, Sekretarz i Skarbnik, wszyscy zamieszkali w Wilnie, oraz dwu członków, zamieszkałych w województwie Nowogródzkiem. Do prawomocności zebrań Zarządu Kasy konieczna jest obecność 3 jego członków.

4. Źródłem funduszów Kasy Zapomogowej są:

a) Sumy asygnowane przez Radę lub Zarząd Izby.

b) Dochody z odczytów popularnych w zakresie medycyny, urządzanych w tym celu przez Zarząd Kasy za zgodą Zarządu Izby, lub z innych tego rodzaju źródeł.

c) Dobrowolne datki i zapisy.

d) Odsetki od zdeponowanych kapitałów Kasy.

5. Z ogólnej sumy wpływów, nie wyłączając dobrowolnych datków i zapisów, odlicza się 10% na kapitał zakładowy Kasy, który nie podlega administrowaniu przez Zarząd Kasy (art. 8), oraz 5% na koszty administracyjne i kancelaryjne, które przelane zostają do ogólnej Kasy Izby na pokrycie tych kosztów.

6. Wpływy, pochodzące z dobrowolnych datków i zapisów, po potrąceniu 10% na kapitał zakładowy Kasy oraz 5% na koszty administracyjne i kancelaryjne, mogą być zużyte zgodnie z wolą ofiarodawcy lub zapisodawcy, jeżeli takowy uczyni pod tym względem pewne zastrzeżenia.

O przyjęciu tych datków i zapisów decyduje Rada Izby.

7. Rachunki Kasy Zapomogowej zamykane są na dzień 31. XII. każdego roku.

Wpływy Kasy Zapomogowej po potrąceniu 10% na kapitał zakładowy tej Kasy, oraz 5% na koszty administracyjne i kancelaryjne, podzielone zostają między województwa Wileńskie i Nowogródzkie, proporcjonalnie do liczby członków, zamieszkałych na terenie tych województw.

Podział ten opiera się na danych listy członków Izby z dnia 31. XII. każdego roku.

Na zasadzie porozumienia z Zarządem Izby i za zgodą Komisji Bytu, sumy, przypadające na każdy z wyżej wymienionych działów, mogą być zużytkowane w zakresie innego działu, to jest suma, przypadająca na województwo Wileńskie, może być częściowo zużytkowana na potrzeby województwa Nowogródzkiego i odwrotnie.

Przed zamknięciem rachunków Kasy Zapomogowej na dzień 31. XII. każdego roku, rozchody Kasy opierać się mogą jedynie na zupełnie pewnych wpływach, pochodzących z pozycij art. 4, a nie na wpływach przewidywanych i przypuszczalnych.

8. Wszystkie fundusze Kasy są własnością Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej i mogą być przez Radę Izby wyłączone z administracji Kasy oraz użyte na inny cel, z zachowaniem przepisów art. 5 i 6 niniejszego Regulaminu.

9. Dysponowanie kapitałem zakładowym Kasy Zapomogowej, wymaga specjalnej uchwały Rady Izby, powziętej większością 2/3 głosów wszystkich członków tej Rady; w odnośnym protokule powinno być wtedy wyraźnie zaznaczone, że Rada Izby asygnowała daną sumę z kapitału zakładowego, lub z ogólnych wpływów bez potrącenia 10% na kapitał zakładowy i 5% na koszty administracyjne i kancelaryjne.

10. Zadaniem Zarządu Kasy Zapomogowej jest:

a) Zbieranie informacyj, dotyczących wdów i sierot po lekarzach, zamieszkałych na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej a pozostających w ciężkich warunkach materjalnych, ze szczególnem uwzględnieniem tych warunków, a także prowadzenie odpowiednich list.

b) Nawiązanie i utrzymanie stałego porozumienia w sprawach, dotyczących bytu wdów i sierot po lekarzach, z innemi Izbami Lekarskiemi oraz z istniejącemi na terenie innych Izb tego rodzaju Związkami.

c) Rozpatrywanie wspólnie z Zarządem Izby wniosków, nadsyłanych przez istniejące na terenie województw Wileńskiego i Nowogródzkiego związki i stowarzyszenia lekarskie, w sprawie udzielenia poszczególnym osobom (wdowom i sierotom po

lekarzach) zapomóg pieniężnych z funduszów Kasy Zapomogowej, jakoteż rozpatrywanie wspólnie z Zarządem Izby podań o zapomogi pieniężne, skierowanych bezpośrednio do Izby.

O udzielaniu zapomóg poszczególnym osobom i o wysokości takowych w każdym poszczególnym przypadku na wniosek Zarządu Kasy Zapomogowej, decyduje Zarząd Izby. Do prawomocności tych decyzyj Zarządu Izby potrzebna jest zgoda $^{2}/_{3}$ wszystkich członków tego Zarządu.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomóg pieniężnych mają wdowy i sieroty po lekarzach, którzy niemniej 5 lat wykonywali zawód lekarski na terenie województw Wileńskiego i Nowogródzkiego.

Udzielanie zapomóg pieniężnych wdowom i sierotom na terenie innych Izb Lekarskich może mieć miejsce tylko wyjątkowo, o ile osierocone one zostały przez lekarza, który nie mniej 5 lat wykonywał swój zawód na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Zapomogi pieniężne mogą być wydawane bez zastrzeżeń ze strony Zarządu Izby, jako niepodlegające zwrotowi, lub też z zastrzeżeniem ich zwrotu, wedle uznania Zarządu Izby, skoro stan materjalny biorących zapomogę, t. j. wdowy lub dzieci, ulegnie poprawie. Zwrócone zapomogi po potrąceniu 10% na kapitał zakładowy Kasy oraz 5% na koszty administracyjne i kancelaryjne przekazane zostają do Kasy Zapomogowej.

Przyznanie powtórnej i dalszych zapomóg pieniężnych tej samej osobie wymaga każdorazowo osobnej decyzji Zarządu Izby na wniosek Zarządu Kasy.

d) Prowadzenie protokułów, dotyczących poszczególnych zapomóg pieniężnych, oraz księgi ogólnej udzielonych zapomóg z uwagami, czy zapomoga jest bezzwrotna, czy też podlega zwrotowi, wraz z adnotacjami w razie zwrotu zapomogi.

e) Zapewnienie wdowom i sierotom po lekarzach, pozostającym w ciężkich warunkach materjalnych, bezpłatnej pomocy lekarskiej, a także zapewnienie im tanich lub nawet bezpłatnych lekarstw i środków opatrunkowych drogą porozumienia z właścicielami aptek i odpowiedniej organizacji, ustalającej całkowite, lub częściowe pokrycie kosztów z tem związanych z funduszów Kasy Zapomogowej.

f) Roztoczenie nad wdowami i sierotami po lekarzach przy pomocy Izby i w granicach możliwości pewnej opieki moralnej, zmierzającej ku zapewnieniu im radą i wstawiennictwem pomocy w ciężkich warunkach bytu.

g) Prowadzenie przy pomocy biura Izby wszelkiej korespondencji, związanej z działalnością Kasy Zapomogowej i ze sprawami dotyczącemi bytu wdów i sierot po lekarzach.

Korespondencję pieniężną Kasy Zapomogowej podpisuje Zarząd Izby (Naczelnik, Pisarz i Skarbnik).

Korespondencję zwykłą Kasy Zapomogowej, podpisuje Przewodniczący Kasy Zapomogowej i Sekretarz tej Kasy.

11. Obowiązki przewodniczącego Zarządu Kasy polegają:

na kierowaniu wszystkiemi sprawami Kasy, na zdawaniu sprawozdań i rachunków z czynności Kasy Zarządowi Izby i Radzie Izby, na opracowywaniu wszelkich wniosków, dotyczących bytu wdów i sierot po lekarzach, na przestrzeganiu regulaminu Izby i regulaminu Kasy Zapomogowej, na przeglądaniu i załatwianiu wspólnie z Sekretarzem Kasy wszelkiej korespondencji Kasy, na czuwaniu nad sprawnością funkcjonowania Kasy Zapomogowej.

12. Obowiązkiem Sekretarza Kasy Zapomogowej jest prowadzenie protokułów na posiedzeniach Zarządu Kasy, oraz ostateczne opracowywanie tych protokułów; sporządzanie ogólnych sprawozdań z czynności Kasy dla Zarządu i Rady Izby; segregowanie i zachowanie w porządku aktów i dokumentów Kasy.

13. Obowiązkiem Skarbnika Kasy jest prowadzenie księgi wpływów i rozchodów Kasy Zapomogowej; przestrzeganie, aby wpływy przypadające Kasie w myśl art. 3 niniejszego Regulaminu były do Kasy wnoszone; wypłacanie zapomóg i pokrywanie rachunków Kasy, zaakceptowanych przez Zarząd Izby; sporządzanie wykazów kasowych Kasy na dzień 31. XII. każdego roku; sporządzanie sprawozdań dla Zarządu, Rady Izby, oraz Komisji Rewizyjnej Izby; ustalanie repartycji wpływów kasowych na dzień 31. XII. każdego roku w myśl art. 5 niniejszego Regulaminu, oraz przestrzeganie, aby wypłaty w poszczególnych działach nie zostały przekroczone.

14. Komisją Rewizyjną Kasy jest Komisja Rewizyjna Izby.

15. Sprawozdanie roczne Zarządu Kasy zatwierdza Rada Izby.

16. Sumy wypłacane przez Kasę, jako zapomogi, nie podlegają żadnym zastrzeżeniom lub aresztom, nie mającym związku z zadaniem Kasy.

Sprawozdanie z działalności Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w r. 1929.

Skład osobisty Rady.

Na początku roku sprawozdawczego, t. j. w trzecim roku istnienia Rada Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej liczyła 24 członków, mianowicie: Bujalski Władysław (Wilno), Czyż Piotr (Wołożyn w. Nowogr.), Domański Zygmunt (Nowogródek), Giecow Grzegorz (Wilno), Gierszun Grzegorz (Wilno), Gimżewski Marjan (Nowo-Święciany w. Wileńs.), Globus Eljasz (Wilno), Górnicki Marjan (Soły w. Wileńs.), Januszkiewicz Aleksander (Wilno), Kowarski Herc (Wilno), Kozubowski Stefan (Lida w. Nowogr.), Łukowski Ludwik (Wilno), Maleszewski Wiktor (Wilno), Nochumowski Lejba (Baranowicze woj. Nowogr.), Rudziński Henryk (Wilno), Safarewicz Aleksander (Wilno), Skwirski Józef (Baranowicze w. Nowogr.), Sopoćko Romuald (Lida w. Nowogr.), Sumorok Juljusz (Wilno), Świda Michał (Wilno), Świeżyński Florjan-Feliks (Wilno), Szabad Cemach (Wilno), Szmurło Jan (Wilno), Sztolcman Gustaw (Wilno).

W ciągu roku sprawozdawczego ustąpił Dr. Zygmunt Domański, który służbowo został przeniesiony do Poznania.

Wobec upływu kadencji Rady Izby z dniem 31 grudnia 1929 r. zostały dokonane w dniu 3 listopada 1929 r. wybory nowych członków; zostali wybrani (kolejność w/g liczby otrzymanych głosów), na członków:

1) Jakowicki Władysław (Wilno), 2) Bądzyński Wacław (Wilno), 3) Czarnecki Edward (Wilno), 4) Łukowski Ludwik (Wilno), 5) Stetkiewicz Tadeusz (Głębokie w. Wileńs.), 6) Maciulewicz Edmund (Nowogródek), 7) Kisiel Karol (Wilno), 8) Sumorok Juljusz (Wilno), 9) Szymanowski Mieczysław (Nowogródek), 10) Sopoćko Romuald (Lida w. Nowogr.), 11) Skwirski Józef (Baranowicze w. Nowogr.), 12) Klott Leon (Wilno), 13) Przysiecki Karol (Nieśwież w. Nowogr.), 14) Gierszun Grzegorz (Wilno), 15) Kucharski Józef (Wilno), 16) Soroko Karol (Święciany w. Wil.), 17) Odyniec Wacław (Wilno), 18) Klemczyński Eugenjusz (Wilno), 19) Szniolis Bolesław (Wilno), 20) Nochumowski Lejba (Baranowicze w. Nowogr.), 21) Giecow Grzegorz (Wilno), 22) Globus Eljasz (Wilno), 23) Kowarski Herc (Wilno), 24) Galinowski Aleksander (Oszmiana w. Wil.), 25) Pióro Jan (Wilno), 26) Hanusowicz Bolesław (Wilno), 27) Jabłonowski Władysław (Wilno).

Na zastępców członków największą liczbę głosów otrzymali: Sedlis Eljasz (Wilno), Kowarski Benjamin (Święciany w. Wileńskie), Maleszewski Wiktor (Wilno), Szmurło Jan (Wilno), Pawłowski Kazimierz (Wilno), Wołodźko Witold (Wilno), Trzeciak Mieczysław (Wilno), Jastrzębski Leon (Mołodeczno w. Wileńskie), Moszyński Marjan (Wilno), Czyż Piotr (Wołożyn w. Nowogr.), Reyro Sobiesław (Postawy w. Wileńs.), Karuzin Jerzy (Wołożyn w. Nowogr.), Łyczkowski Michał (Nieśwież w. Nowogr.), Lasota Józef (Szczuczyn w. Nowogr.), Petrusewiczowa Marja (Wilno), Załuska Stefanja (Wilno), Bernatowicz Bolesław (Święciany w. Wileńskie), Lewande Samuel (Wilno), Borowski Antoni (Wilno), Zarcyn Rachmiel (Lida w. Nowogr.), Girszowicz Mojżesz (Wilno), Brodzki Michał (Wilno), Fekiecz Stanisław (Wilno), Margolis Samuel (Wilno), Szabad Cemach (Wilno), Trocki Fałk (Wilno), Efros Izaak (Słonim w. Nowogr.).

Wkrótce po wyborach Dr. Aleksander Galinowski, wybrany na członka Rady, opuścił teren Izby, skutkiem czego wszedł do składu Rady jako jej członek Dr. Eljasz Sedlis.

Skład Zarządu Izby:

Na początku r. 1929, Zarząd Izby stanowili: Sztolcman Gustaw—Naczelnik, Domański Zygmunt i Szabad Cemach — Zastępcy Naczelnika, Safarewicz Aleksander—Sekretarz, Świeżyński Florjan-Feliks — Skarbnik, Rudziński Henryk, Sopoćko Romuald i Świda Michał — Członkowie.

14-go września 1929 r. na miejsce D-ra Zygmunta Domańskiego, który opuścił teren Izby, Rada wybrała na członka Zarządu D-ra Stefana Kozubowskiego, a Zarząd tegoż dnia wybrał na Zastępcę Naczelnika D-ra Romualda Sopoćkę.

Komisje:

W roku 1929 skład Komisji Izbowych był następujący:

I) **Komisja Rewizyjna:** Dr. Leon Klott Gen. br., Dr. Zygmunt Zawadzki Nacz. Lek. Szp. św. Jakóba, Dr. Grzegorz Giecow, Dr. Marjan Buczyński Mjr. - lek.; jako zastępcy: Dr. Abram Wirszubski Nacz. Lek. Szp. Żydowskiego i Dr. Władysław Bujalski.

II) **Komisja Wykonawcza Kasy Pogrzebowej** obecnie **Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci:** Przewodniczący — Dr. Eljasz Globus — członek Zarządu Izby, Vice-Przewodniczący—Dr. Ludwik Łukowski— członek Rady Izby, Sekretarz — Dr. Jan Klukowski, Zastępca Sekretarza — Dr. Władysław Łobza,

Skarbnik Dr. Rafał Szadowski i członek Komisji Dr. Bolesław Szniolis.

III) Komisja Deontologiczna: Przewodniczący—Dr. Cemach Szabad — Zastępca Naczelnika Izby, Vice-Przewodniczący — Prof. Kazimierz Opoczyński — Przewodniczący Sądu Izby, Członkowie: Prof. Trzebiński Stanisław, Dr. Wacław Odyniec, Dr. Aleksander Kapłan, Dr. Leon Sułkowski, Dr. Marjan Kozłowski, Dr. Zygmunt Domański, Dr. Bronisław Żebrowski, Dr. Leon Klott.

IV) Komisja Podatkowa: Przewodniczący Dr. Florjan-Feliks Świeżyński — Skarbnik Izby, Członkowie: Dr. Grzegorz Giecow, Dr. Eljasz Globus, Dr. Władysław Jabłonowski, Prof. Władysław Jakowicki, Dr. Samuel Lewande, Prof. Kornel Michejda, Dr. Michał Świda i Dr. Bolesław Szniolis.

V) Komisja Zdrowia: Przewodniczący—Doc. Aleksander Safarewicz — Sekretarz Izby, Członkowie: Dr. Stefan Brokowski, Dr. Zygmunt Domański, Dr. Gdala Gelman, Prof. Kazimierz Karaffa-Korbutt, Dr. Wiktor Maleszewski, Dr. Michał Minkiewicz, Dr. Adolf Narkiewicz, Dr. Marjan Przyałgowski, i Dr. Czesław Sycianko.

VI) Komisja Bytu: Przewodniczący—Dr. Henryk Rudziński—Członek Zarządu Izby, Vice-Przewodniczący—Dr. Władysław Szalewicz, Sekretarz Dr. Stanisław Garniewicz, Skarbnik Dr. Samuel Gordon-Margolis, Członkowie: Dr. Ludwik Błahuszewski, Dr. Mojżesz Girszowicz, Dr. Napoleon Koiszewski, Dr. Karol Przysiecki, Dr. Henryk Wrześniowski, Dr. Abram Wirszubski, Zastępcy—Dr. Józef Kucharski i Dr. Jankiel Ginzburg.

VII) Komisja Pośrednictwa Pracy, zwana Biurem Pośrednictwa Pracy: Przewodniczący Dr. Michał Świda—Członek Zarządu Izby, Członkowie: Doc. Stanisław Bagiński, Dr. Józef Bakun, Dr. Józefat Bohuszewicz, Dr. Władysław Bujalski, Dr. Grzegorz Girszowicz, Dr. Leon Klott, Dr. Michał Minkiewicz, Dr. Marjan Moszyński, Prof. Kazimierz Opoczyński, Dr. Marjan Przyałgowski, Dr. Leon Rudzki, Dr. Eljasz Sedlis.

Liczba Członków Izby.

W dniu 1-go stycznia 1929 roku, liczba Członków Izby wynosiła 566 osób. W ciągu roku zmarło 11, opuściło teren Izby 58, razem ubyło 69, przybyło 112, w tem 86 w Wilnie i 26 w Woj. Wileńskiem i Nowogródzkiem. W dniu 31 grudnia 1929 r. liczba Członków wynosiła 609, w tem w Wilnie 368, w powiatach woj. Wileńskiego 112 i w powiatach wojew. Nowogródzkiego 129.

Organ Izby.

Urzędowym organem Izby jest „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego“, wychodzący w Wilnie. Pamiętnik jest jednocześnie organem Towarzystwa Lekarskiego wojew. Nowogródzkiego i organem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wileńskiego. W roku sprawozdawczym Izba umieściła w nim: 1) sprawozdania z działalności Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej za r. 1927 i za r. 1928, 2) o obowiązku zgłaszania wypadków zachorowań na choroby zakaźne, 3) w sprawie kursu wyszkolenia i stypendjów dla lekarzy, pragnących poświęcić się publicznej służbie zdrowia, 4) odezwę „Rodziny Lekarskiej“, 5) komunikat Zarządu Izby w sprawie wyborów do Rady, 6) wyciąg z protokułu posiedzenia Rady w dniu 14 września 1929 r. o złożeniu mandatów przez Zarząd i Radę Izby z warunkiem dotychczasowego pełnienia obowiązków, 7) komunikat w sprawie podań o ulgi w opłatach Izbowych. W postaci osobnych książeczek wydrukowano regulamin Kasy Zapomogowej Wdów i Sierot po lekarzach.

Działalność Rady Izby.

Rada Izby w roku sprawozdawczym odbyła dwa posiedzenia. Na I-szem w dniu 24 lutego Rada po wysłuchaniu spawozdania Zarządu i Sądu Izby oraz Komisyj Izbowych, zatwierdziła je i udzieliła Zarządowi Izby absolutorjum, uchwaliła preliminarz budżetowy na rok 1929, wnosząc odpowiednie poprawki, przyjęła zaproponowane przez Zarząd wspólnie z Komisją Wykonawczą K.W.U. zmiany w statucie K. W. U., uchwaliła regulamin Biura Pośrednictwa Pracy, przyjęła zarys projektu statutu Kasy Emerytalnej, opracowany przez Komisję Bytu wspólnie z Zarządem, zatwierdziła wzór ankiety Komisji Bytu w sprawie bytu lekarzy na terenie Izby, wreszcie przyjęła 4 wnioski Zarządu — w sprawie kar za nieopłacanie w terminie przepisanym należności Izbowych, w sprawie załatwienia podań o ulgi w opłatach Izbowych, w sprawie przelewania kwot, uzyskiwanych od sprzedaży cennika opłat lekarskich i od sprzedaży innych druków Izbowych, do funduszu Wdów i Sierot po lekarzach, w sprawie salda K.W.U. na dzień 31 grudnia 1928 oraz podniesienia do wysokości 85% kapitału obrotowego wypłacanych zapomóg pośmiertnych, wreszcie w sprawie zaliczenia na poczet kapitału dyspozycyjnego na r. 1929 pewnej kategorji wpływów. II-gie posiedzenie Rady odbyło się 14 września. Załatwiono na tem posiedzeniu sprawę rozłożenia na raty kosztów sądowych przysądzonych od jednego z członków Izby,

ustalono termin wyborów do nowej Rady Izby, dokonano wyborów Członka Zarządu na miejsce Dr. Zygmunta Domańskiego, wreszcie w związku z okolicznościami sprawy, która spowodowała rezygnację Naczelnika i Sekretarza Izby i rezygnację, zgłoszoną na tem posiedzeniu przez innych Członków Zarządu, zaaprobowała stanowisko Zarządu w tej sprawie, przyjęła rezygnację powyższą, uchwaliła na znak protestu gremjalne złożenie mandatów radzieckich, celem zaś uniknięcia dezorganizacji i przerwy w pracy Izbowej, powzięła uchwałę czasowego pełnienia obowiązków dotychczasowych przez Zarząd i Radę. Nawiasem mówiąc Naczelna Izba Lekarska na fakt ten dotąd nie zareagowała.

Działalność Zarządu Izby.

Zarząd Izby na 7 plenarnych posiedzeniach i szeregu posiedzeń odbywanych co tydzień przy udziale członków zamieszkałych w Wilnie, załatwiał sprawy bieżące, brał czynny udział w pracy Komisyj, między innemi wspólnie z Komisją Pośrednictwa Pracy ostatecznie opracował projekt regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy, projekt nowelizacji Kasy Pogrzebowej—obecnie Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci, oraz zarys projektu Kasy Emerytalnej, opracował wspólnie z Komisją Bytu ankietę w sprawie Bytu lekarzy, ułożył szczegółowe sprawozdanie z działalności Izby w r. 1928, zajmował się sprawą repartycji kwot, przypadających na wdowy i sieroty po lekarzach, rozpatrywał i prowadził wstępne dochodzenia w szeregu skarg na członków Izby, załatwiał sprawy poufne i rozpatrywał liczne podania o ulgi w opłatach Izbowych, wreszcie dokonał pracy przygotowawczej w związku z wyborami do Rady i wybory te technicznie przeprowadził. Czynność kancelarji Izbowej, obsługiwanej przez dwie pomocnicze siły, była w tym roku szczególnie intensywna zwłaszcza dużo pracy włożono w przygotowanie do wyborów, oraz w sporządzanie licznych odpisów w sprawach sądowych. Wpłynęło pism Nr.Nr. 541, wysłano Nr.Nr. 444 w tej liczbie po kilkanaście, a niekiedy po kilkaset pod jednym numerem.

Sprawy poufne. Wpłynęło pism Nr.Nr. 44. Bez przekazywania do Sądu Izby załatwiono jedną sprawę, przekazano Sądowi Izby spraw 7, a Naczelnikowi Wydziału Zdrowia Wileńskiego Urzędu Wojewódzkiego sprawę 1, posłano ostrzeżenia 16 członkom Izby, udzielono opinji o lekarzach w 4 wypadkach, jedną skargę na Zarząd Izby skierowano przez Naczelną Izbę Lekarską do Ministra Spraw Wewnętrznych.

Na osobną wzmiankę zasługuje sprawa udziału Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w konferencji, zwołanej z inicjatywy Ministra Pracy i Opieki Społecznej przez Naczelną Izbę Lekarską w dniach 24 i 25 listopada ubiegłego roku w sprawie naprawy działalności Kas Chorych. Zarząd Izby po otrzymaniu od Naczelnej Izby zaproszenia do wzięcia udziału w powyższej konferencji zwołał zebranie przedstawicieli organizacyj lekarskich, celem uzgodnienia i sprecyzowania poglądów na kwestję uzdrowienia i usprawnienia działalności Kas Chorych. Na tem zebraniu poglądy te zostały uzgodnione i znalazły wyraz w deklaracji, którą w imieniu organizacyj lekarskich na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby przedstawiciel Izby odczytał podczas konferencji i doręczył na pismie Prezydjum konferencji. Deklaracja ta została wydrukowana w Nowinach Społeczno-Lekarskich oraz w specjalnem wydawnictwie Naczelnej Izby Lekarskiej; tekst jej zostanie umieszczony w organie urzędowym Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej po niniejszem sprawozdaniu.

Wreszcie Zarząd Izby na prośbę Zarządu Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Wilna, odbył 2 posiedzenia wspólnie z przedstawicielami tego Zrzeszenia poświęcone stosunkom panującym w tej Kasie, a to w związku ze zgłoszonym przez D-ra Leona Klotta ustąpieniem ze stanowiska Naczelnego Lekarza Kasy Chorych m. Wilna, oraz ze skargą lekarza tej Kasy D-ra Margolisa na obrażającą go wzmiankę w gazecie „Słowo“ z dnia 19 grudnia 1929 r. pod tytułem „Komisarz Kasy Chorych działa“. W sprawie stosunków panujących w Kasie powyższej Zarząd Izby przedstawił swą opinję P. Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej w pismie, doręczonem przez delegata Izby Dra Władysława Szalewicza P. Vice-Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, który podówczas był w Wilnie. Poza tem Zarząd Izby w pismie do P. Vice-Ministra Pracy i Opieki Społecznej sformułował pogląd Izby na sprawę obsadzenia stanowiska Naczelnego Lekarza Kasy Chorych m. Wilna, wskazując na D-ra Bolesława Szniolisa, jako na kandydata wysuwanego przez Izbę Lekarską na stanowisko Naczelnego Lekarza Kasy Chorych m. Wilna, wobec zdecydowanej odmowy Dr. Leona Klotta pozostania na tem stanowisku. W rezultacie tej sprawy Dr. Szniolis został mianowany na Naczelnego Lekarza.

Zdając sprawę z działalności swej przed nowoobraną Radą, Zarząd Izby uważa za swój obowiązek pokrótce przedstawić całokształt działalności Izby podczas ubiegłej trzyletniej kadencji.

I-e organizacyjne posiedzenie Rady Izby Rewizyjnej na którem wybrano członków Zarządu, Sądu i Komisji odbyło się 8-go listopada 1926 roku. Prezydjum oraz członkawie Zarządu, zamieszkali

w Wilnie, zmuszeni byli do natychmiastowego rozpoczęcia pracy, któraby zapewniła Izbie znośne warunki funkcjonowania z dniem 1-go stycznia 1927 r. Zarząd Izby wraz po ukonstytuowaniu się przejął od Komisarza Rządowego Dr. Marjana Kozłowskiego szereg spraw, które czekały na załatwienie. Izba nie posiadała ani pieniędzy, ani lokalu, Zarząd nie miał doświadczenia, dlatego też początek pracy Zarządu był trudny. Pierwsze plenarne posiedzenie Zarządu odbyło się w sali posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego przy ul. Zamkowej 19 grudnia 1926 r. Na pierwsze wydatki uchwalono zaciągnąć w Kasie Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Wilna pożyczkę w wysokości 600 zł. i polecić Prezydjum wynająć lokal dla Izby.

Duże trudności przedstawiało układanie pierwszego preliminarza wydatków i dochodów Izby; Zarząd nie posiadał pod tym względem żadnych danych, nie było regulaminu Izbowego. Już następne plenarne posiedzenie Zarządu 14 stycznia 1927 r. odbyło się w obecnym lokalu Izby. Na posiedzeniu tem rozpatrzono projekt regulaminu Izby, który został na najbliższem posiedzeniu Rady przyjęty wraz z projektem regulaminu Sądu, opracowanym przez Prezydjum Sądu Izby wspólnie z Zarządem. W ten sposób stworzona została dość szeroka podstawa prawna działalności Izby w ramach ustawy o Izbach Lekarsklch, oraz ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

Niezmiernie doniosłe znaczenie dla członków Izby przedstawiała sprawa utworzenia Kasy Pogrzebowej, instytucji aczkolwiek zasadniczo niedoskonałej i dalekiej od pojęcia ubezpieczenia, do którego należałoby dążyć, a które chociażby częściowo powinno znaleść swój wyraz w utworzeniu Kasy Emerytalnej, to jednak instytucji, która, jak wykazało doświadczenie Izby, poratowała nie w jednym wypadku osieroconą rodzinę w ciężkiej sytuacji materjalnej. Kasa ta obecnie nosi nazwę Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci, statut jej został znowelizowany, między innemi zwiększono wysokość zapomóg pośmiertnych. O ciężkiem położeniu szeregu rodzin po zmarłych lekarzach świadczy działalność Komisji Bytu, której sprawozdanie zostanie tu odczytane. Izba ułożyła w zarysie projekt również Kasy Emerytalnej, który został przesłany do Naczelnej Izby Lekarskiej. Naczelna Izba Lekarska, jak się zdaje stanęła na stanowisku, że tworzenie Kasy Emerytalnej wspólnej dla wszystkich Izb jest obecnie rzeczą niemożliwą, i że wobec ubezpieczeń społecz. dla pracowników umysłowych stworzenie Kasy Emerytalnej przy Naczelnej Izbie nie byłoby wygodne dla członków Izb.

Niewątpliwie doniosłego dzieła dokonano w Komisji Deontologicznej. Przyjęte przez Radę Izby i zatwierdzone przez Naczelną Izbę Lekarską „Zasady Deontologji Lekarskiej, obowiązujące na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej", wzbudziły duże zainteresowanie w Izbach innych; przedrukowano je w paru czasopismach lekarskich i nie ulega wątpliwości, że stanowią one cenny materjał dla opracowania przyszłego Kodeksu Deontologji Lekarskiej, obowiązującego wszystkich lekarzy w Państwie Polskiem.

Izba przez swą Komisję Podatkową dążyła do uregulowania sprawy ustalenia obrotu z praktyki lekarskiej. Pierwsze kroki były pod tym względem niezmiernie trudne. Władze Skarbowe często nie uwzględniały opinji przedstawicieli Izby, obecnie jednak nastąpiło pod tym względem znaczne polepszenie i głos Izby w ustaleniu obrotów z praktyki lekarskiej jest brany pod uwagę bardzo poważnie. Pod tym względem autorytet Izby wzrósł znacznie. Trudne jednak jest położenie Komisji Podatkowej w dość licznych przypadkach, kiedy jest ona zmuszona podwyższać zbyt nisko wykazane w poszczególnych wypadkach obroty. Z tego powodu nieraz do Izby zgłaszano pretensje, a niedawno jeden z członków Zarządu zmuszony był dość ostro zareagować na niestosowne zachowanie się względem Izby i personelu kancelaryjnego osoby bliskiej quasi-pokrzywdzomemu członkowi Izby. Brak zrozumienia stanowiska Komisji, króra dąży do możliwie słusznego ustalenia obrotów utrudnia pracę Komisji na posiedzeniach z przedstawicielami Władzy Skarbowej.

Dość nikle przedstawia się działalność Izby w sprawach zdrowia publicznego, nie dlatego jednak aby zabrakło ku temu woli, a jedynie z braku możności. W szczegółowem sprawozdaniu Komisji Zdrowia z r. 1928, umieszczonem w „Pamiętniku Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego", sprawa ta znalazła swe wytłumaczenie. Rada Izby w dn. 24 lutego 1929 r. uchwaliła pod tym względem umotywowany wniosek w sprawie odmowy Naczelnej Izby Lekarskiej zatwierdzenie decyzji Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej o konkursach na premje za prace naukowe w dziedzinie medycyny społecznej i higjeny. Przedstawiciel Izby Prof. Jan Szmurło poruszył tę sprawę w Naczelnej Izbie zapewniono go, co prawda ustnie, że Naczelna Izba nic nie ma przeciwko temu, jeżeli Rada Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej umieści w swym budżecie pozycję premji konkursowych za prace naukowe w dziedzinie higjeny i medycyny społecznej. Ustne to zapewnienie nastąpiło zbyt późno, po zatwierdzeniu preliminarza budżetowego na rok 1929.

Zarząd Izby uważa, że Komisja Zdrowia nowej Rady mogłaby poruszyć ponownie sprawę utworzenia konkursu premjowanego, jako jedynego niezawodnego sposobu zachęcenia lekarzy do pracy nad sprawami zdrowotnemi; bez możności takiej zachęty Komisja Zdrowia zmuszona będzie ograniczyć się do omawiania jedynie spraw, co do których władze, czy też Naczelna Izba zechce mieć opinje Izb poszczególnych.

Na uwagę wreszcie zasługuje działalność Izby w pośrednictwie pracy lekarskiej. Potrzeba ujęcia przez Izbę tej sprawy szczegółowo omówiona została w sprawozdaniu z r. 1928. Izba opracowała regulamin Biura Pośrednictwa Pracy, który został już zatwierdzony i jest wydrukowany w pierwszym zeszycie Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego za r. 1930.

Zarząd zdaje sobie sprawę z tego, że wprowadzenie w życie zasad pośredniczenia Izby w obsadzaniu posad lekarskich nie jest dziełem łatwem. Nowa Izba niewątpliwie potrafi dzieła tego dokonać. Ostrożne ale stanowcze postępowanie Biura Pośrednictwa Pracy w sprawie obsadzania posad lekarskich, uświadomianie ogółu lekarzy o słuszności takiego obsadzania i o wynikających stąd dla lekarzy korzyściach, presja, jaką może wywrzeć autorytet Izby na lekary opornych, wreszcie uświadomianie instytucyj i władz o korzyściach obsadzania stanowisk lekarskich za pośrednictwem Izby, wszystko to powinno gwarantować trwały rozwój pracy Biura dla dobra ogółu.

Kończąc ten krótki zarys działalności Izby, ustępujący Zarząd zaznacza, że w pracy swej miał przedewszystkiem na celu podniesienie autorytetu lekarzy w społeczeństwie i podniesienie autorytetu Izby, jako przedstawicielki stanu lekarskiego, a rozbudowując organizacje Izbowe, dążył do skupienia i scementowania rozproszonej rzeszy lekarskiej, opierając się na współpracy z poszczególnemi zawodowemi organizacjami lekarskiemi i podnosząc przeto ich autorytet wśród ogółu lekarskiego, a pośrednio również i w społeczeństwie. Wyrazem tej współpracy był czynny udział przedstawicieli organizacyj lekarskich w Komisjach Izbowych. Ubiegłą kadencję cechuje działalność przeważnie organizacyjna. Zdaniem ustępującego Zarządu nowa Rada i Zarząd mają swem zadaniem ulepszenie i przystosowywanie stworzonej organizacji do wymagań życia i pod tym względem pozostaje jeszcze dużo do zrobienia. Stwierdzić przytem należy, że wogóle działalność Izby w wielu razach jest krępowana ramami ustawy z dn. 21/XI 21 r., o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich. Ustawa ta, jak również ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej, powinna być

znowelizowana. W obu ustawach są ustępy niejasne, wzajemnie sobie przeczące, interpretacja ich może być dowolna.

Mówiąc o wadach ustaw powyższych, należy też wspomnieć o istnieniu braków w działalności Izb wogóle, wynikających już nie z wadliwości ustaw, ale z braku skoordynowania wzajemnego pewnych czynności; powstają skutkiem tego znaczne utrudnienia w pracy Izb. Np. brak skoordynowania pracy w zakresie migracji lekarskiej, komplikuje sprawę prowadzenia wykazu członków Izby, korespondencję z niemi, utrudnia ściąganie opłat Izbowych; niejednakowe w rozmaitych Okręgach Izbowych opłaty i rozmaity sposób załatwiania spraw personalnych dezorjentuje częstokroć lekarzy, przenoszących się z innych Okręgów Izbowych. Wprowadzenie pewnego ujednostajnienia w regulaminach Izbowych, wraz z uproszczeniem szeregu czynności kancelaryjnych byłoby znacznem odciążeniem w pracy Izbowej.

Uregulowanie tych spraw wymagałoby oczywiście wstępnych badań i rozważań. Powinna byłaby zająć się tą sprawą w naszej Izbie osobna Komisja, która miałaby za zadanie, opracowanie projektu nowelizacji ustawy o Izbach i o praktyce, jak też obmyślenie sposobów koordynowania pewnych czynności poszczególnych Izb. Na podstawie prac tej komisji Zarząd Izby mógłby wejść z propozycją do Naczelnej Izby zwołania Zjazdu Międzyizbowego, któryby sprecyzował stanowisko Izb w sprawie znowelizowania ustaw i w sprawie stosunku Naczelnej Izby do Izb Okręgowych pod warunkiem zachowania pewnej autonomji tych Izb, a jednocześnie ujednostajnił niektóre czynności manipulacyjne, wnosząc odpowiednie poprawki w regulaminy Izb Okręgowych.

Zarząd ustępujący poruszył jeszcze jedną sprawę, dotyczącą konieczności ustawowego określenia, kto z lekarzy ma prawo używania tytułu specjalisty. Z braku czasu Zarząd nie mógł tej kwestji opracować, by wynieść ją na szersze forum do dyskusji. Byłoby to oczywiście jedno z zadań nowych władz Izbowych.

Stanowisko Zarządu w tej sprawie możnaby ująć w sposób następujący: Artykuł 8 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem mówi między innemi: „Warunki otrzymania tytułu specjalisty w ściśle określonych dziedzinach lecznictwa oraz przepisy co do praw jego używania, ustali osobna ustawa; do czasu wydania powyższej ustawy używanie obok tytułu „lekarz" tytułów specjalisty w poszczególnych dziedzinach lecznictwa ograniczeniu nie podlega".

Czy istnieje możność ustawowego uregulowania prawa do tytułu

specjalisty, czy zachodzi potrzeba tego, a jeżeli tak, to w jaki sposób kwestję tę należy rozstrzygnąć? W poglądach na to panuje znaczna rozbieżność. Są głosy dowodzące, że uregulowanie prawa powyższego jest możliwe i konieczne; inni, zgadzając się na możliwość rozstrzygnięcia tej sprawy, stwierdzają, że niema potrzeby regulowania tego, co jest regulowane przez samo życie w sposób zupełnie wystarczający, wreszcie są tacy, który dowodzą, że niema ani potrzeby, ani możności należytego rozstrzygnięcia tej sprawy. Z tem ostatniem twierdzeniem trzeba się liczyć, gdyż oparte jest ono na argumentacji, ważkiej przynajmniej pozornie. Właśnie w Nr. 15 Nowin Społeczno-Lekarskich r. 1929, został umieszczony artykuł w tej kwestji, rozstrzygający ją w ten sposób, że niema ani potrzeby, ani też możności uregulowania ustawowego sprawy tytułu lekarza-specjalisty. Autor Dr. Kazimierz Kozłowski z Torunia, jak się zdaje, sztucznie spiętrza trudności napotykane w rozwiązaniu sprawy i stwarza trudności fikcyjne.

Konieczność ustawowego uregulowania kwestji powyższej, należy ujmować przedewszystkiem z punktu widzenia interesów chorego. Aż nadto dobrze wiemy, jak się mnożą specjaliści od chorób płuc, żołądka, serca, chorób wenerycznych, przemiany materji, wydzielania wewnętrznego i t. d., u których na dyplomach lekarskich nie wyschła jeszcze farba drukarska. Tytułując się specjalistami „partacze" ci, bo na inny tytuł nie zasługują oni, dyskredytują w oczach chorych wiedzę lekarską, obniżają powagę stanu lekarskiego, bardzo często przyprawiają o szkodę zdrowie swych klijentów, a niewątpliwie wprowadzają społeczeństwo w błąd, gdyż tytuł specjalisty przez nich używany stwarza fikcję odbytych poważnych studjów, które mają ich wyróżniać z pośród innych lekarzy, nie używających tytułu specjalisty.

Wystarcza to aż nadto, aby uznać konieczność uregulowania kwestji powyższej. Jak więc należy to uregulować? Przedewszystkiem nie trzeba, jak to czyni Dr. Kazimierz Kozłowski, stwarzać specjalistów od opoterapji, operacji odmładzania, stosowania sanokryzyny, salwarsanów i t. p., chodzi bowiem tu o specjalistów praktyków, a nie naukowców, którzy poświęcając się pewnym zagadnieniom opracowują lub doskonalą metody lecznicze, lub hipotezy i teorje naukowe. Należy w ustawie wyodrębnić specjalności tylko znane i uznane obecnie, nie troszcząc się o specjalności, jakie mogą powstać wraz z rozwojem wiedzy lekarskiej w najbliższej nawet przyszłości; w drodze specjalnego rozporządzenia nowopowstająca specjalność może być uznana oficjalnie i wcielona w ramy odnośnej ustawy.

Czas potrzebny do praktycznego przestudjowania danej specjalności, ustalenie, gdzie mają być przeprowadzane studja potrzebne, kto ma być powołany do kierowania studjów tych, w jaki sposób ma się odbywać sprawdzanie, że kandydat zasługuje na tytuł specjalisty, i szereg innych kwestji, związanych z całą sprawą, wszystko to powinno być dokładnie rozważone i ustalone. Nie powinno ulegać wątpliwości, że projekt odnośny musi być ułożony i ustalony przez ciało zbiorowe, w skład którego powinni wejść przedstawiciele wydziałów Lekarskich naszych Uniwersytetów oraz przedstawiciele Izb. Projekt ten oczywiście wymagałby sprecyzowania również i pod względem prawnym. Nie powinien on w niczem naruszać zasady obsadzania stanowisk lekarskich na podstawie konkursów, a sam tytuł specjalisty nie może nadawać pod tym względem specjalnych przywilejów, któreby niweczyły wyżej wymienioną zasadę.

P. ob. Sekretarza Izby

A. Safarewicz.

Deklaracja organizacyj lekarskich z terenu Wileńsko-Nowogródz. Izby Lekarskiej w sprawie Kas Chorych.

Przedstawiciele ugrupowań lekarskich z terenu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej gorąco witają myśl p. Ministra Pracy i Opieki Społecznej oparcia działalności kas chorych na czynniku lekarskim, jednocześnie zaznaczają, że wymieniona zmiana może nastąpić jedynie przy nowelizacji obecnie obowiązującej ustawy kas chorych, oraz reorganizacji całokształtu Służby Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Reorganizacja ta w myśl wielokrotnych uchwał zjazdów ogólno-polskich lekarskich powinna polegać na zjednoczeniu kierownictwa w działalności Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego w Państwie.

Zanim to nastąpi, przedstawiciele ugrupowań lekarskich z terenu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej uważają, że naprawa istniejącego porządku rzeczy w zakresie lecznictwa kasowego może mieć miejsce jedynie w drodze rozporządzenia władz państwowych, rozszerzającego kompetencje władz lekarskich kasy chorych w zakresie organizacji i prowadzenia lecznictwa.

Podniesienie kwalifikacyj fachowych lekarzy kasowych może być osiągnięte drogą udzielania płatnych urlopów naukowych.

Wyodrębnianie tak zw. lekarzy kasowych 100%-owych byłoby szkodliwe dla sprawy podniesienia tych kwalifikacyj, a przeto dla dobra instytucji oraz ubezpieczonych.

Przedstawiciele organizacyj lekarskich z terenu Izby zaznaczają, że uregulowanie kwestji, kto z pośród lekarzy ma prawo do tytułu „specjalisty" posiada doniosłe znaczenie również i dla kas chorych i powinno być jaknajrychlej uskutecznione po zasięgnięciu opinji Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów Polskich, oraz Naczelnej Izby Lekarskiej.

Zwiększenie zaufania ubezpieczonych do lecznictwa kasowego może nastąpić pod warunkiem racjonalnego zorganizowania lecznictwa z możliwie najszerszem uwzględnieniem zasad zapobiegania chorobom; to też od kandydatów reflektujących na posady lekarzy kas chorych, należy wymagać nietylko kwalifikacyj fachowych, ale też i wyrobienia społecznego, oraz umiejętności myślenia kategorjami higjenicznemi.

Naczelny Lekarz kasy chorych, posiadający szerokie uprawnienia w organizowaniu i kierowaniu działem leczniczym kasy, będzie miał możność nadania należytego kierunku pracy lekarzy kasowych i ich stosunku do instytucji oraz do chorych, mając właśnie na względzie podniesienie zaufania społeczeństwa do kas.

Celem zmniejszenia ilości, niczem nieuzasadnionych, zgłaszań się po radę lekarską, utrudniających niepomiernie tak pracę lekarską, jak i dostęp rzeczywiście potrzebującym opieki lekarskiej, należy wprowadzić, jako czynnik psychologiczny pobieranie chociażby drobnych opłat, np. 5 do 15% kosztów wizyty chorego w kasie od kategoryj ambulatoryjnych, zgłaszających się po raz pierwszy, od chorych zaś, zgłaszających się ponownie, pobieranie, opłat o 50% niższych. Należałoby jednocześnie odpowiednio obniżyć składki, wpłacane przez ubezpieczonych. Od chorych obłożnie i od wypadków nagłych opłata nie powinna być pobierana.

Nawiązanie współpracy Kas Chorych z Wydziałami Lekarskiemi i Zakładami leczniczemi powinno znaleźć wyraz:

1) w organizowaniu kursów dokształcających dla lekarzy,

2) w zapraszaniu, gdy to jest możliwe, sił profesorskich w charakterze konsultantów kas chorych,

3) nawiązaniu kontaktu z klinikami uniwersyteckiemi tak w celach umieszczenia poszczególnych chorych, jako też i pracy lekarzy kasowych pod kierownictwem sił profesorskich.

Kontakt ze szpitalami samorządowemi jest konieczny, nie należy go jednak rozumieć w sensie dążności do wykorzystania tych zakładów w ten sposób, w jaki obecnie są one wykorzystywane pod względem opłat za leczenie i utrzymanie chorych kasowych w szpitalach samorządowych, obciążając tem budżety samorządów.

Lekarze kasowi nie powinni ograniczać się do wystawiania kart skierowania do szpitali; powinni oni interesować się przebiegiem choroby ubezpieczonego w szpitalu, odwiedzając go w porozumieniu się z właściwym ordynatorem szpitalnym, aby po wyjściu chorego ze szpitala móc należycie orjentować się w możliwej dalszej jego kuracji. Da to również możność i ordynatorowi lepszego zaznajomienia się z przebiegiem choroby przed wstąpieniem chorego. Oprócz obopólnej korzyści lekarzy wygra na tem również chory.

Sprawozdanie z działalności Komisji Bytu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej za czas od września 1928 r. do dn. 1/I 1930 r.

Komisja Bytu została powołana do życia w 1928 roku na mocy § 77 Regulaminu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej przez Zarząd Izby w celu zajęcia się sprawami ubezpieczeniowemi i bytu lekarzy oraz ich rodzin.

Pierwsze organizacyjne posiedzenie Komisji Bytu odbyło się 24 września 1928 r. W skład tej komisji weszli z ramienia Zarządu Izby Lekarskiej członek tego Zarządu Dr. Henryk Rudziński, jako przewodniczący. Inni członkowie zostali zaproszeni przez Zarząd Izby Lekarskiej, jako przedstawiciele wszystkich ugrupowań i stowarzyszeń lekarskich, oraz jako kooptowani: Dr. W. Szalewicz przedstawiciel Zrzeszenia Lekarskiego Kasy Chorych, Dr. S. Garniewicz członek kooptowany, zaproszony przez Zarząd Izby, Dr. Sz. Gordon-Margolis—przedstawiciel Związku Lekarzy Żydów, Dr. L. Błahuszewski—przedstawiciel Wileńskiego Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Publicznego, Dr. A. Wirszubski—przedstawiciel Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, Dr. H. Wrześniowski—przedstawiciel Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie, Dr. M. Girszowicz—przedstawiciel Związku Lekarzy Żydów, Dr. N. Koiszewski—przedstawiciel Związku Lekarzy Kolejowych, Dr. Przysiecki — przedstawiciel Nowogródzkiego Towarzystwa Lekarskiego. Jako zastępcy: Dr. Kucharski — przedstawiciel Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych i Dr. Ginzberg — przedstawiciel

Nowogródzkiego Towarzystwa Lekarskiego. Na tem samem posiedzeniu zostali obrani Dr. W. Szalewicz Vice-Przewodniczącym, Dr. Sz. Gordon-Margolis—Skarbnikiem (Kasa Zapomogowa dla wdów i sierot po lekarzach), Dr. Garniewicz—Sekretarzem.

We wrześniu 1928 r. Dr. Koiszewski został przeniesiony służbowo z Wilna, wobec czego przestał być członkiem Komisji Bytu.

Wszystkich posiedzeń odbyło się 10, w tem w roku 1928—4 posiedzenia, w roku 1929—5, a w roku bieżącym 1. Posiedzenia odbywały się w poniedziałki od godz. 20 m. 30, a przeciągały się niekiedy do północy i później. Na tych posiedzeniach były rozpatrywane i opracowywane statuty, regulaminy, karty rejestracyjne—dotyczące zabezpieczenia lekarzy i ich rodzin. Szczegółowo opracowano: „Ustawę Emerytalną dla Członków Izby Lekarskiej“, „Regulamin Kasy zapomogowej dla wdów i sierot po lekarzach“, ankietę „bytu lekarzy“. Ankieta ta została rozesłana wszystkim członkom Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej; na podstawie otrzymanych danych z tych ankiet, można wyrobić dokładne pojęcie o posadach, warsztatach i warunkach lekarskiej pracy, na terenie Izby, oraz o stanie materjalnym ogółu lekarzy. Do opracowania nadesłanych ankiet została wyłoniona sekcja statystyczna Komisji Bytu, w skład której weszli Dr. Koiszewski, Dr. Lidzki, a po wyjeździe Dr. Koiszewskiego w jego zastępstwie Dr. Wrześniowski. Sekcja ta odbyła szereg posiedzeń i miała za zadanie opracowanie 339 ankiet (na ogólną liczbę 610 członków Izby), dotychczas opracowano zaledwie 75, a to ze względu na obfitość materjału statystycznego, wobec czego żadnych wniosków Sekcja narazie wyprowadzić nie mogła.

Następnie Komisja Bytu opracowała wzór Karty Rejestracyjnej dla wdów i sierot po lekarzach, wyjednała zgodę wszystkich aptek wileńskich na wydawanie chorym rodzinom po zmarłych lekarzach, leków z upustem 20%. Prócz tego wszystkim członkom Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej Komisja Bytu wyjednała zniżki w teatrach Polskich miejskich 30%, w teatrach żydowskich 50%

Na każdem posiedzeniu Komisji Bytu rozpatrywane były liczne podania wdów i sierot po lekarzach, o zapomogi, oraz podania kolegów lekarzy o ulgi w spłatach zaległych czlonkowskich składek izbowych.

Przewodniczący Komisji Bytu

D-r H. Rudziński.

Sprawozdanie Kasowe Kasy Zapomogowej dla Wdów i Sierot po Lekarzach Wil.-Nowogr. Izby Lekarskiej rok 1929.

Przyznano przez Radę Wil.-Nowodr. Izby Lekarskiej	1805 zł. 93 gr.
10% na kapitał zapasowy	180 zł. 60 gr.
Do podziału	1625 zł. 33 gr.
Kary i ofiary	282 zł. 00 gr.
10% na kapitał zapasowy	28 zł. 20 gr.
Do podziału	253 zł. 80 gr.
Ogólna suma do podziału	1879 zł. 13 gr.

Wysłano do Warszawy Rodzinie Lekarskiej na „Schronisko dla Wdów i Sierot po Lekarzach" 300 zł.

	1879 zł. 13 gr.
	— 300 zł. 00 gr.
Pozostaje do podziału na woj. Wileńskie i Nowogr.	1579 zł. 13 gr.

Na 1.I. 1929 r. Lek. Izba Wil.-Nowgr. liczyła 566 czł.

Woj. Wileńskie	444 „
„ Nowogródzkie	122 „

Podzielono na rzecz: woj. Wileńskiego	1231 zł. 62 gr.
„ „ woj. Nowogródzkiego	347 zł. 51 gr.
	1579 zł. 13 gr.
Woj. Nowogródzkie zrzekło się swej zapomogi na rzecz woj. Wileńskiego, wobec czego woj. Wileńskie miało do wypłacenia w r. 1929	1579 zł. 13 gr.

Wypłacono 9 wdowom:

p. Szwengrubenowa (za 10 mies. i świąt.)	550 zł. 00 gr.
p. Świetlińska (za 2 mies.)	100 zł. 00 gr.
p. Grzybowska (jednorazowo)	100 zł. 00 gr.
p. Frąckiewiczowa (jednorazowo)	60 zł. 00 gr.
p. Poczterowa (za 6 mies.)	300 zł. 00 gr.
p. Jochelsonowa (za 6 mies.)	277 zł. 25 gr.
p. Chaitowa (jednorazowo)	50 zł. 00 gr.
p. Rommowa (jednorazowo)	100 zł. 00 gr.
p. Krukowiczowa (jednorazowo)	50 zł. 00 gr.
Razem	1587 zł. 25 gr.
Dług za rok 1928	33 zł. 67 gr.
Wypłacono	1620 zł. 92 gr.
Przyznano	1579 zł. 13 gr.
Wypłacono nadmiar	41 zł. 70 gr.

Stan Kasy na 1.I. 1930 roku.

Powinno być:	Kapitał zapasowy za rok 1928 . . .	120 zł. 00 gr.
	„ „ „ 1929 . . .	208 zł. 80 gr.
	Razem . . .	328 zł. 80 gr.
Jest w kasie		287 zł. 01 gr.
	Deficyt . . .	41 zł. 79 gr.

Saldo na 1.I.30 r. deficyt . . 41 zł. 79 gr.

Sprawozdanie Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci za rok 1929.

Dnia 5.VI—1929 roku Izba Naczelna zatwierdziła nowy Statut. Obecnie nazwa Kasy Pogrzebowej została zmienioną na Kasę Wzajemnych Ubezpieczen na wypadek śmierci. Zmiany, wprowadzone do znowelizowanego statutu, dotyczą przedewszystkiem podniesienia sumy ubezpieczeniowej, podlegającej wypłacie rodzinie zmarłego z 80 na 85%.

W ciągu roku 1929 zmarło 10 członków K. W. U. 10.II—29 r. zmarł Dr. Strzałko Dominik lat 56 ze Strzałkowa woj. Nowogródzkiego, 27.II—29 r. Dr. Cumft Jan w Wilnie, 1.III—29 r. Dr. Peszyński Gracjan lat 71 w Wilnie (angina pactoris), 4.III—29 r. Dr. Bronowski Tomasz lat 39 w Wilnie (zapalenie otrzewnej), 5.III—29 r. Dr. Abramowicz-Łuckiewiczowa Zofja lat 39 (suicidium), 19.V—29 r. Dr. Toczyłowski Leopold lat 42 (angina pectoris), 15.VI—29 r. Dr. Kuźmiński Jan lat 43 w Tworkach (rozstrój nerwowy), 3.IX—29 r. Dr. Lityński Mikołaj lat 77 z Druż, 4.X — 29 r. Dr. Budlewski Kazimierz w Wilnie (suicidium), 6.X—29 r. Dr. Popilski Judel lat 83 (dusznica bolesna).

W dniu 1.I—1930 r. K. W. U. liczyła 564 członków. Izba Lekarska liczyła 609 członków, 23 członków czasowo zwolniono od obowiązku należenia do K. W. U., 6 składki zostały odroczone, 2 zaś od płacenia składek zwolniono. W związku z powiększeniem się ilości członków K. W. U., jak też ze zmniejszeniem potrąceń od kapitału ubezpieczeniowego, zwiększyły się sumy zapomogowe, mianowicie w roku 1927 wypłacano około 1950 zł., w 1929 r. przeszło 2000 zł., w 1929 r. od 2100 do 2300 zł.

W roku 1929 wypłacono ogółem zapomóg w kwocie 20850 zł. 50 gr.
Saldo na dzień 1.I—1930 r.—18241 zł. 57 gr.

Przewodniczący Komisji Wykonawczej
Kasy Wzajem. Ubezp. na wyp. śmierci
Dr. E. Globus.

Sprawo

Kasy Wzajemnych Ubezpieczeń na wypadek śmierci przy

PRZYCHÓD.

1. Kapitał zakładowy	Zł.	720,—
2. Składki bieżące	„	25.971,29
3. Kary za nieuiszczanie w terminie składki	„	1.050,—
4. Kapitał zapasowy	„	250,—
5. Odsetki z P. K. O.	„	162,61
6. Zwrot z Izby	„	2,—
7. Sumy przechodnie	„	8.972,—
	Zł.	37.127,90

zdanie

Wileńsko-Nowogródzkiej Izbie Lekarskiej za rok 1929.

ROZCHÓD.

1. Zapomogi pogrzebowe	Zł. 20.850,50
2. Należności manipulac. w P. K. O. . . . . „	106,99
3. Zwrot Izbie kosztów admin. za 1928 i 1929 r. . . „	2.619,51
4. Zwrot p. Dr. Cynkutisówne w myśl uchwały Zarządu z dnia . . . . „	50,—
5. Sumy przechodnie . . . . „	8.972,—
	Zł. 32.599,—
Pozostałość na 1. I - 30 r. . . . . . „	4.528,90
	Zł. 37.127,90

Stan Kasy.

1. w Kasie	644 zł. 41 gr.
2. w P. K. O. (wyc. 187)	17597 zł. 16 gr.
Razem . . .	18241 zł. 57 gr.

Obrót za 1929 r.

p. — 37127 — 90.
r. — 32599 — 00.
4528 — 90.

pozostałość na 1.I — 28 r.	9057 — 01.
pozostałość na 1.I — 29 r.	4655 — 66.
pozostałość na 1.I — 30 r.	4528 — 90.
	18241 — 57.

PRELIMINARZ

PRZYCHÓD. **Wileńsko - Nowogródzkiej**

1. Pozostałość na 1.I-1929 r.		Zł. 7.345,21
2. Składki członkowskie (od 585 czł.)	. Zł. 21.060,—	
3. Składki zaległe	„ 4.000,—	
4. Wpisowe od nowowstępujących . . .	„ 500,—	
5. Procenta z P. K. O.	„ 105,72	
6. Zwrot kosztów sądowych	„ 300,—	
7. Zwrot kosztów admin. z K. P. . . .	„ 1.500,—	Zł. 27.465,72
		Zł. 34.810,93

BUDŻETOWY

Izby Lekarskiej na 1929 rok. **ROZCHÓD.**

Wydatki personalne.		
1. Pensja sekretarki	Zł. 2.880,—	
2. Pensja kancelistki	„ 2.100,—	
3. Radca Prawny	„ 600,—	
4. Woźna	„ 1.200,—	
5. Posłańcy	„ 200,—	
6. Nieprzewidziane personalne	„ 750,—	Zł. 7.730,—
Podatki.		
1. Kasa Chorych	Zł. 450,—	
2. Zakład Ubezp. Prac. Umysł.	„ 158,40	
3. Dochodowy	„ 100,—	Zł. 708,40
Wydatki kancelaryjne.		
1. Druki i księgi	Zł. 500,—	
2. Prenumerata pism	„ 100,—	
3. Nekrologi i ogłoszenia	„ 900,—	
4. Materjały piśmienne	„ 500,—	
5. Poczta i porto	„ 700,—	
6. Konserwacja maszyny	„ 60,—	Zł. 2.760,—
Inwentarz.		
1. Meble	Zł. 1.500,—	
2. Konserwacja i remont	„ 60,—	Zł. 1.560,—
Lokal.		
1. Komorne	Zł. 2.640,—	
2. Opał	„ 250,—	
3. Światło	„ 120,—	
4. Porządek	„ 70,75	Zł. 3.080,75
Składki, djety, koszta podróży, różne.		
1. Wybory do Rady	Zł. 1.500,—	
2. Djety i przejazdy członk. Rady . . .	„ 1.500,—	
3. Djety i przejazdy członk. Sądu . . .	„ 1.000,—	
4. Koszta sądowe	„ 300,—	
5. Subwencja „Pamiętnikowi Lekarskiemu"	„ 1.000,—	
6. Składki do Naczelnej Izby	„ 2.500,—	
7. Umorzone składki od 30 członk. . .	„ 1.080,—	Zł. 8.880,—
10% na poczet kapitału rezerwowego w myśl § 81 Regulaminu Izby Lek. W. N.		
1. Na wdowy i sieroty po lekarzach w myśl uchwały Rady Izby z dn. 24 lutego 1929 r. 7,5%	Zł. 2.059,92	
2. Na wydatki reprezentac. i nieprzewidziane 2,5%	„ 686,65	Zł. 2.746,57
		Zł. 27.465,72
Pozostałość na 1.I-1929 r. . . .		„ 7.345,21
		Zł. 34.810,93

SPRAWOZDANIE

PRZYCHÓD. **Wileńsko-Nowogródzkiej**

1. Wpisowe	Zł.	625,—	
2. Składki członkowskie	„	20.596,05	
3. Procenta z P. K. O. za 1928 r.	„	105,72	
4. Procenta z P. K. O. za 1929 r.	„	132,28	
5. Za regulaminy	„	0,75	
6. Zwrot kosztów administracyjnych z K. W. U. za 1928 r.	„	1.500,—	
7. Zwrot kosztów administracyjnych z K. W. U. za 1929 r.	„	1.119,51	Zł. 24.079,31
8. Sumy przechodnie			„ 1.434.—
			Zł. 25.513,13

Stan Kasy Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na dzień 1 stycznia 1930 roku.

1. w Kasie	1812 zł. 27 gr.
2. w P. K. O. (wyc. 2)	5992 zł. 88 gr.
Razem	7805 zł. 15 gr.

Obrót za 1929 r.

p. — 25513 — 31.
r. — 25053 — 37.
459 — 94.

pozostałość na 1.I — 28 r. 6116 — 28.
pozostałość na 1.I — 29 r. 1228 — 93.
pozostałość na 1.I — 30 r. 459 — 94.
7805 — 15.

KASOWE
Izby Lekarskiej za 1929 rok. ROZCHÓD.

Wydatki personalne.				
1. Kancelistki	Zł.	5.879,—		
2 Woźna	„	1.390,—		
3. Radca prawny	„	100.—		
4. Posłańcy	„	54,60	Zł.	7.423,—
Wydatki kancelaryjne.				
1. Druki i materjały piśmienne	Zł.	3.482,28		
2. Prenumerata pism	„	155,—		
3. Ogłoszenia i nekrologi	„	639,—		
4. Poczta i telegraf	„	702,92	Zł.	4.979,80
Podatki.				
1. Podatek do Kasy Chorych	Zł.	483,50		
2. Podatek dochodowy	„	8,72		
3. Podatek do P. Z. U.	„	256,80	Zł.	749,02
Lokal.				
1. Komorne	Zł.	2.586,30		
2. Opał	„	223,95		
3. Światło	„	103,32		
4. Telefon	„	184.70		
5. Porządek	„	84,60	Zł.	3.182,87
Inwentarz.				
1. Meble	Zł.	150,—		
2. Remont	„	12,90	Zł.	163,90
Różne.				
1. Djety i przejazdy członków Zarz. i Rady	Zł.	1.292,11		
2. Djety i przejazdy członków Sądu	„	684,40		
3. Wydatki reprezentacyjne i nieprzew.	„	488,25		
4. Zapomogi (wdow. i sierot.) wyrówn. za 1928 r.	„	337,50		
5. Zapomogi (wdow. i sier.) za 1929 r.	„	1.518,92		
6. Składki do Nacz. Izby	„	1.801,—		
7. Subwencja „Pamiętn. Lekarskiemu"	„	1.000,—	Zł.	7.121,18
			Zł.	23.619,37
Sumy przechodnie			„	1.434,—
			Zł.	25.053,94
Pozostałość na 1.I—1930 r.			„	459,—
			Zł.	25.513,51

PRELIMINARZ
Wileńsko - Nowogródzkiej

PRZYCHÓD.

1. Pozostałość na 1.I-1930 r.			Zł. 7.805,15
2. Składki członkowskie	Zł.	24.000,—	
3. Zaległe składki	„	2.000,—	
4. Wpis od nowowstępujących	„	600,—	
5. Odsetki z P. K. O.	„	132,28	
6. Zwrot kosztów admin. z K. W. U. . .	„	1.250,00	
7. Zwrot kosztów sądowych	„	2.000,00	Zł. 29.982,28
8. 5%, jako zwrot kosztów admin. z wpływów prelimin. na 1930 r. (Wdowy i Sieroty			Zł. 112,43
			Zł. 37.899,86

BUDŻETOWY

Izby Lekarskiej na 1930 rok. ROZCHÓD.

Wydatki personalne.			
1. Pensja sekretarki	Zł.	3.177,36	
2. Pensja kancelistki	„	2.394,—	
3. Radca Prawny	„	600,—	
4. Woźna	„	1.200,—	
5. Posłańcy	„	200,—	
6. Nieprzewidziane personalne	„	2.000,—	Zł. 9.571,36
Podatki.			
1. Kasa Chorych	Zł.	510,—	
2. Zakład Ubezp. Prac. Umysł.	„	187,20	Zł. 697,20
Wydatki kancelaryjne.			
1. Druki i księgi	Zł.	500,—	
2. Prenumerata pism	„	150,—	
3. Nekrologi	„	900,—	
4. Poczta i porto	„	700,—	
5. Materjały piśmienne	„	500,—	
6. Konserwacja maszyny	„	60,—	Zł. 2.810,—
Inwentarz.			
1. Meble	Zł.	860,—	
2. Konserwacja i remont	„	60,—	Zł. 920,—
Lokal.			
1. Komorne	Zł.	2.700,—	
2. Opał	„	250,—	
3. Światło	„	120,—	
4. Telefon	„	180,—	
5. Porządek	„	123,14	Zł. 3.373,14
Składki do Nacz. Izby, koszta podróży, różne.			
1. Djety i przejazdy członków Zarządu	Zł.	1.000,—	
2. Djety i przejazdy członków Sądu	„	1.000,—	
3. Koszta sądowe	„	1.500,—	
4. Subwencja „Pamięt. Lekarsk."	„	1.000,—	
5. Składki do Nacz. Izby	„	2.700,—	
6. Na umorzenie skł. od 30 człon.	„	1.080,—	
7. Wyrównanie za 29 r. na wdowy i sieroty po lekarzach	„	196,71	Zł. 8.476,71
10% na poczet kapitału rezerwowego w myśl § 81 Regulaminu Izby Lek. W. N.			
1. Na wdowy i sieroty w myśl uchwały Rady z dn. 24/II—29 r. 7,5%	Zł.	2.248,66	
2. Na wydatki reprezen. i nieprzew. 2,5%	„	749,56	Zł. 2.998,22
Na uruchomienie Biura Pośr. Pracy (ewen. oszczędność w 1930 r.)			Zł. 1.248,08
Pozostałość na 1/I—1930 r.			Zł. 7.805,15
			Zł. 37.899,86

Sprawozdanie Sądu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej za rok 1929.

Dnia 24 lutego 1929 roku odbyło się posiedzenie Rady Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na którem uchwalono pozostawić dotychczasowy skład Sądu, z tem, że zamiast ubyłych dwóch członków Sądu wskutek śmierci D-ra Czarkowskiego i D-ra Wołożyńskiego oraz brakującego do kompletu jednego członka wybrano D-rów Safarewicza, Swieżyńskiego i Klemczyńskiego na dwa zaś wakujące stanowiska zastępców w miejsce ubyłych D-ra Przysieckiego, który został uprzednio wybrany jako Sędzia, oraz D-ra Budzyńskiego, który wyjechał, wybrano D-rów Garniewicza i Sopoćkę. Wobec tego skład ogólny wydziałów sądzących pozostał ten sam.

Z roku ubiegłego pozostało nierozstrzygniętych spraw pięć. W ciągu roku 1929 wpłynęło spraw siedem, z których 4 przeznaczono do sądzenia w pełnym składzie, 1 sprawa w zespole I, 1 sprawa w zespole II i jedna sprawa w zespole III. Z wyżej wymienionych spraw w ciągu 1929 r. ukończonych zostało spraw siedem. W śledztwie znajduje się spraw trzy, przekazano do zespołów spraw dwie, w których śledztwa jeszcze nie rozpoczęto. Z tego spraw przeznaczonych do sądzenia w pełnym składzie jedna, w pierwszym zespole dwie, w drugim zespole jedna i w trzecim zespole jedna.

Prezydjum Sądu w roku 1929 odbyło zebrań cztery a mianowicie: w dniach 24 lutego, 8 sierpnia, 7 listopada i 15 grudnia.

Zebrań pełnego składu było: administracyjnych jedno, a mianowicie 15 grudnia i rozpraw sądowych jedna, a mianowicie 5 maja.

Ze składu obecnego Sądu w roku 1929 nie ubył nikt.

Budżet Sądu.

Wydatki kancelaryjne pokrył Zarząd Izby w naturze, na opłacenie djet otrzymano z Zarządu Izby Lekarskiej . . . zł. 684 gr. 40.
Wypłacono djet . . . . zł. 684 gr. 40.

Pozostałość . . . .

Pisarz Generalny	Przewodniczący Sądu
(—) D-r J. Bohuszewicz.	*(—) Prof. D-r K. Opoczyński.*

Komunikat Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Rada Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na prawomocnem swem posiedzeniu w dn. 26 stycznia 1930 r. uchwaliła podniesienie składki członkowskiej do Izby do wysokości **40 (czterdzieści) złotych rocznie.**

Opłaty członkowskie mogą być wpłacane w ratach po 10 zł. Zaleganie w opłacie składek członkowskich dłużej niż kwartał pociąga za sobą ściągnięcie zaległości w drodze egzekucji administracyjnej.

Konto czekowe P. K. O. Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej Nr. 80.827 jest jedyną drogą przesyłania składek, z wyjątkiem bezpośredniego wpłacania w lokalu Izby w godzinach urzędowych od godz. 11-ej do 15-ej pp.

Naczelnik Izby (—) D-r *Leon Klott*
Sekretarz (—) D-r *Edward Czarnecki*
Skarbnik (—) D-r *Wacław Bądzyński*

Uchwały Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

I. Rada Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na prawomocnem swem posiedzeniu w dniu 26 stycznia 1930 r. na wniosek Zarządu Izby uchwala:

1. Na zasadzie art. 1 punkt b. Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o Izbach Lekarskich polecić Komisji Zdrowia Wil.-Nowogr. Izby Lekarskiej jaknajbardziej czynne współdziałanie w pracy, oraz poparcie zamierzeń Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej, dotyczących reorganizacji lecznictwa w Kasach Chorych.

2. Upoważnić Naczelnego Lekarza Kasy Chorych w Wilnie D r med. Bolesława Szniolisa do zwracania się każdorazowo według swego uznania do Komisji Zdrowia Wileń.-Nowogr. Izby Lekarskiej w sprawach szczególnie ważnych i trudnych, dotyczących reorganizacji lecznictwa kasowego i wymagających bardziej wszechstronnego rozpatrzenia i opracowania.

3. Wobec zmiany Rady i Zarządu Izby dla zachowania ciągłości pracy Izbowej pozostawić nadal na przeciąg jednego roku wszystkie obecnie istniejące Komisje Izbowe w niezmienionym ich składzie,

zastępując jedynie obecnych Przewodniczących Komisyj nowymi członkami Zarządu Izby, oraz uzupełniając skład poszczególnych Komisyj członkami na miejsce tych, którzy zmarli, i tych, którzy wyjechali.

4. Zaprosić do udziału w Komisji Zdrowia Wil.-Nowogr. Izby Lekarskiej w charakterze stałych członków:

a) byłego Przewodniczącego tej Komisji D-r A. Safarewicza — docenta higjeny U. S. B.

b) Naczelnika Wydziału Zdrowia Publ. Urzędu Wojewódzkiego w Wilnie D-r H. Rudzińskiego.

c) Naczelnego Lekarza Kasy Chorych w Wilnie D-r B. Szniolisa.

II. Rada Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej na prawomocnem swem posiedzeniu w dniu 26 stycznia 1930 r. uchwala:

1. Wprowadzenie Regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy ograniczyć na razie do ściśle oznaczonego terenu, t. j. samego miasta Wilna z wykonalnością Regulaminu od 1-go marca 1930 r.

2. Wykonanie Regulaminu Biura Pośrednictwa Pracy na terenie województw odłożyć do uznania Rady.

3. Udział przedstawiciela Wojew. Urzędu Zdrowia przy obsadzaniu posad lekarskich w powiatach.

III. Na zasadzie art. 29 (uwaga) Regulaminu Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej Rada tej Izby na prawomocnem swem posiedzeniu w dniu 26 stycznia 1930 r. uchwala.

1. Opóźnienie się ponad 30 minut od godz. wymienionej w zaproszeniu członka Rady Izby, Zarządu Izby, Sądu Izby, Komisji Rewizyjnej Izby, członków poszczególnych Komisyj, zastępców oraz zaproszonych członków Izby, z przybyciem na odnośne posiedzenie, pociąga za sobą grzywnę w wysokości od 1 zł. do 5 zł.

2. Nieprzybycie na odnośne posiedzenie członka Rady Izby, Zarządu Izby, Sądu Izby, Komisji Rewizyjnej Izby, członków poszczególnych Komisyj, zastępców, oraz zaproszonych członków Izby, bez uprzedniego o tem zawiadomienia, lub bez dostatecznego umotywowania tego nieprzybycia, lub wreszcie nieuwzględnienie przez Zarząd Izby podanych w zawiadomieniu o nieprzybyciu motywów pociąga za sobą grzywnę w wysokości od 5 do 10 zł.

3. Wysokość grzywny ustalają obecni na danem posiedzeniu członkowie zebrania, lub na wniosek przewodniczącego danego zebrania izbowego — Zarząd Izby.

4. Grzywny pobrane za opóźnienie i nieprzybycie na posiedzenie Izbowe powinny być odnotowane w księdze posiedzeń i przela-

ne zgodnie z art. 5 Regulaminu Kasy Zapomogowej dla Wdów i Sierot po Lekarzach do tej Kasy.

IV. W sprawie wysokości djet i zwrotu kosztów podróży delegowanym członkom Izby.

1. Członkom Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, delegowanym przez Zarząd Izby, względnie przez Prezydjum Sądu Izby, do miejscowości, znajdujących się poza ich stałem miejscem zamieszkania, przysługuje prawo do otrzymania djet i zwrotu kosztów podróży.

2. Koszta podróży za przejazd koleją zwraca się w wysokości ceny biletu II klasy w pociągach osobowych, względnie pośpiesznych. Członkowie Izby korzystający z tytułu swego stanowiska służbowego ze zniżek kolejowych mają prawo do zwrotu kosztów rzeczywiście poniesionych za przejazd koleją nie wyżej jednak, niż wynosi cena biletu II klasy.

Za inne środki lokomocji, użyte w czasie podróży zwraca się rzeczywiście poniesione rozchody.

3. Djety wypłaca się: a) w wysokości 20 złotych za dobę w wypadku delegacji do miejscowości na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej; b) w wysokości 40 złotych w wypadkach delegacji do innych miejscowości.

4. Jednostką obliczenia djet jest 24-godzinny okres czasu liczony od chwili wyjazdu z miejsca stałego zamieszkania do chwili powrotu do tegoż, przyczem a) Jeżeli pobyt w delegacji poza stałem miejscem zamieszkania trwa dłużej niż 24 godziny, należy się za końcowy okres czasu, o ile on wynosi więcej niż 12 godzin — cała djeta, o ile zaś wynosi więcej niż 6 godzin—połowa djety; b) Jeżeli pobyt w delegacji poza stałem miejscem zamieszkania trwa krócej niż 24 godziny, należy się połowa djety, o ile pobyt ten trwa dłużej niż 6 godzin, zaś cała djeta tylko w tym wypadku, gdy pobyt, trwający dłużej niż 6 godzin, przypada na porę nocną między 21-ą a 6-ą godziną.

5. Djety należą się również za niedziele i święta, przypadające w czasie trwania delegacji, jak również w wypadku zachorowania w czasie tej delegacji przez cały czas pobytu spowodowanego chorobą w odnośnej miejscowości poza miejscem stałego zamieszkania delegowanego.

6. Wypłata djet i kosztów podróży uskutecznia Skarbnik Zarządu Izby, na podstawie złożonego na piśmie rachunku, z adnotacją Zarządu Izby względnie Prezydjum Sądu, że delegacja została wykonana, oraz że czas i środki lokomocji zostały należycie użyte przez delegowanego.

Odezwa Rady Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.

Do członków Izby.

Wojna wszechświatowa, zniszczenie kraju i zubożenie ludności zwłaszcza na kresach Rzeczypospolitej spowodowały również zubożenie stanu lekarskiego. Organizacja w całem państwie Kas Chorych i innych instytucyj ubezpieczeń społecznych jeszcze bardziej poderwała samodzielność i niezależność lekarzy, nastąpiła t. zw. proletaryzacja stanu lekarskiego.

Troska o byt powszedni sobie i rodzinie odsunęły lekarza od szczytnej pracy społecznej, gdzie do niedawna w Polsce odgrywał on tak wielką i pożyteczną rolę, dziś w oczach społeczeństwa stał się zwykłym fachowcem, a nie czynnikiem społecznym.

Cierpi na tem przedewszystkiem chory i zdrowie publiczne wogóle, gdyż zagadnienia zdrowotne rozstrzyga społeczeństwo i czynniki decydujące bez udziału świata lekarskiego; jako dowody tego niech posłużą: skasowanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego i podział jego zadań pomiędzy przeróżne urzędy i instytucje, upadek lecznicznictwa w Kasach Chorych, upadek szpitalnictwa, prowadzonego przez samorządy powiatowe, bezplanowa fragmentaryczna akcja ze strony społeczeństwa.

Cierpią na tem sami lekarze, gdyż poszczególne instytucje i samorządy, widząc bierność świata lekarskiego nie troszczą się o ich byt, wynagrodzenie pracy lekarskiej staje się coraz gorsze i dziś lekarz nie może już marzyć o uzupełnieniu swych wiadomości naukowych, zajęty bowiem jest troską, aby zdobyć sobie i rodzinie chleb powszedni; niejedna rodzina po śmierci lekarza pozostaje bez środków do życia i jest zmuszona wprost żebrać.

Izba Lekarska, mając na względzie przedewszystkiem utrzymanie stanu lekarskiego na należytym poziomie w społeczeństwie, czyni wszelkie starania, aby sztandar godności dawnego lekarza — społecznika utrzymać, zapewniając mu i jego rodzinie należyte ze stanowiskiem warunki istnienia; lecz bez udziału w życiu społecznym samych lekarzy nie da się tego osiągnąć; każdy z lekarzy winien dobrze pamiętać, iż z tytułu swojego powołania powinien przyjmować żywy udział w pracy humanitarno-społecznej; społeczeństwo, gdy się przekona, że udział lekarza w pracy społecznej jest konieczny, potrafi jego pracę należycie ocenić i uszanować.

Niestety prócz bierności, a nawet zniechęcenia do pracy społecznej większości lekarzy, Izba z wielką przykrością stwierdzić

musi aczkolwiek pojedyńcze lecz coraz częstsze fakty upadku etyki i godności lekarza, a mianowicie: niektórzy lekarze w walce o byt, idąc po linji najmniejszego oporu, niezawsze należycie przebierają w środkach do zapewnienia sobie warunków istnienia; ponad swe siły i czas obejmują po kilka stanowisk lekarskich, nie zważając na to, czy będą w stanie przyjęte na siebie obowiązki sumiennie wykonać; zbyt pobieżnie i lekceważąco badają chorych w przychodniach samorządowych i Kasach Chorych; zbyt nieoględnie i pochopnie wydają wszelkiego rodzaju świadectwa lekarskie, nieraz nawet ze szkodą dla samych chorych lub osób trzecich; używają niedopuszczalnych sposobów reklamy, nadają sobie nienależne tytuły lekarskie. Wszystko to przynosi wielką niepowetowaną ujmę etyce lekarskiej, obniża powagę stanu lekarskiego w społeczeństwie i powinno być potępione z całą bezwzględnością.

Wileńsko Nowogródzka Izba Lekarska, stojąc na straży godności lekarza, wydała „Zasady etyki lekarskiej" obowiązujące członków Izby i rozesłała je do wiadomości i stosowania się. Przewodnią ideą lekarza w każdem jego postępowaniu powinna być zasada: „dobro chorego i zdrowie publiczne" przedewszystkiem.

Obejmowanie po kilka stanowisk przez lekarza jest dopuszczalne tylko pod warunkiem przeświadczenia, że przyjęte na siebie obowiązki spełniać on będzie z całą sumiennością.

Wszelkie bez wyjątku świadectwa o stanie zdrowia chorego lekarz powinien wydawać jedynie zgodne z prawdą bez względu na cel i ważność świadectwa; społeczeństwo powinno wreszcie się przekonać, że świadectwo lekarskie nie jest świstkiem papieru, który można nabyć u lekarza za pieniądze.

Wileńsko-Nowogródzka Izba Lekarska uprzedza swych członków, iż wszelkie przekroczenia w zakresie etyki lekarskiej będzie ścigała z całą bezwzględnością, a winnych oddawała pod Sąd Izby Lekarskiej.

Koledzy!

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, nawiązując do swej tradycji z przed stu lat, powzięło w r. 1925 uchwałę wskrzeszenia Pamiętnika Towarzystwa. Pierwszy zeszyt Pamiętnika ukazał się w październiku tegoż roku. W artykule wstępnym tego zeszytu prof. Stanisław Trzebiński tak określił stanowisko Wil. Tow. Lekarskiego w sprawie zadań Pamiętnika: wskrzeszając swój organ, Tow. Lekarskie nie ma na celu pomnażania dość już licznych polskich czasopism lekarskich, pragnie natomiast odźwierciadlać życie lekarskie Wilna i wydobywać z mroków zapomnienia objawy tego życia z czasów minionych. Od tej idei Komitet Redakcyjny nie odstępuje, rozszerza jedynie zadanie odźwierciadlania lekarskiej pracy naukowej i społecznej na obszary, ciążące ku Wilnu, gdzie mieści się Uniwersytet z Wydziałem Lekarskim i siedziba centralna Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej. Pamiętnik od paru lat stał się również organem Wydziału Lekarskiego U. S. B., Wil.-Now. Izby Lek. i Nowogródzkiego Tow. Lekarskiego. Dzięki moralnemu i materjalnemu poparciu tych naukowych i społecznych instytucyj, dzięki zasiłkom Min. W. R. i O. P. udawało się ostatniemi czasy wydawać mniej więcej regularnie co 2 miesiące zeszyt Pamiętnika. Mimo to Zarząd Wil. Tow. Lek. i Komitet Redakcyjny mają poważne trudności z pokrywaniem kosztów wydawnictwa, a trudności te coraz to wzrastają, wzrasta bowiem lekarski dorobek naukowy i społeczny — i ta właśnie część pracy i życia lekarza na Wileńszczyźnie i Nowogródczyźnie, którą tylko Pam. W. T. L. na łamach swych w odpowiedni sposób uwydatnić może. Przed Komitetem Redakcyjnym wyrasta zadanie rozszerzenia ram wydawnictwa, obecnie już zbyt wąskich — zadanie domagające się coraz to natarczywiej rozwiązania.

Do kogoż, Koledzy, w tym wypadku zwrócić się mamy o pomoc, jak nie do Was?!

Nie wzywamy Was do niesienia ofiar, nie chodzi tu o jakiekolwiek większe kwoty pieniężne. Niech tylko każdy lekarz z terenu Wileńszczyzny i Nowogródczyzny, a jest tu nas przeszło 600, wpisze się na listę prenumeratorów Pamiętnika, wpłacając rocznie 15 zł., przez P. K. O. Nr. 81.670, albo niech się zapisze w poczet członków Towarzystwa (składka miesięczna—2 zł., dla członków Sekcji Woje-

wódzkiej — 1 zł. 50 gr.). Znikomy to wydatek dla olbrzymiej większości kolegów, my zaś, pomnażając listę prenumeratorów zdobędziemy dla Pamiętnika, oprócz zachęty moralnej trwałą podstawę materjalną i jego dalszy rozwój nie będzie doznawał zahamowania.

Od Was, Koledzy, zależy, czy praca lekarska na tych ziemiach ma przemijać niepostrzeżenie, tonąc z biegiem czasu w zapomnieniu, czy też będzie należycie utrwalana dla pokoleń następnych, jako świadectwo naukowej i społecznej wartości lekarza, jako pomnik naszej kultury na północno-wschodnich krańcach Polski.

W imieniu Wil. Tow. Lekarskiego:

Prof. D-r *Jan Szmurło* — Prezes

Prof. D-r *Stanisław Trzebiński* — Sekretarz stały.

Za Komitet Redakcyjny:

Prof. D-r *Wacław Jasiński*, D-r med. *Michał Minkiewicz*, Doc. D-r *Aleksander Safarewicz*

Redaktorowie.

Prof. Dr. K. KARAFFA-KORBUTT (Wilno).

O statystycznych błędach w naukowych pracach lekarskich.

Z Zakładu Higjeny Uniwersytetu St. Batorego w Wilnie.

Statystyczna metoda badań znajduje szerokie zastosowanie w pracach naukowych z dziedziny medycyny i higjeny. Przyczyna tak częstego posługiwania się metodą statystyczną tkwi w tem, że statystyka stanowi najważniejszy, niekiedy jedyny, sposób badania zjawisk o charakterze zbiorowym, masowym; medycyna i higjena nierzadko mają do czynienia ze zjawiskami właśnie tego rodzaju.

Rzeczywiście, dla higjeny demografja i statystyka sanitarna posiadają znaczenie podstawowe, ale i medycyna kliniczna ma ścisły związek z tą statystyką, którą przeto nazywają statystyką lekarską, czyli medyczną: 1-o, medycyna dostarcza pewien materjał pierwotny dla statystyki sanitarnej i 2-o, sama korzysta z danych tej statystyki do wyświetlania i wykrywania związków przyczynowych pomiędzy pewnemi zjawiskami, np. pomiędzy przebiegiem choroby, a zastosowaniem pewnego leku, pomiędzy objawami chorobowemi, a rokowaniem i t. p. Dlatego też w artykułach naukowej prasy lekarskiej oraz w opracowaniach monograficznych często znadujemy rozumowania, noszące cechy metody statystycznej.

I tu właśnie napotykamy jeden z paradoksów, tkwiących we współczesnem wykształceniu lekarzy na wydziałach uniwersyteckich.

Wymagamy zupełnie słusznie, aby lekarz był obeznany ze wszystkiemi metodami myślenia i badania, któremi ma posługiwać się w swej czynności zarówno praktycznej, jak też naukowej. Dlatego też student medyk zaznajamia się w pierwszych latach swych studjów z teorją i metodologją fizyki, chemji, biologji w szerokiem znaczeniu tego wyrazu, w następnych latach — z metodologją badań ściśle lekarskich; natomiast metodyki statystycznej medykowi się nie wykłada, z bardzo rzadkiemi wyjątkami[1]. Wskutek tego rzadko spotykamy lekarzy, obeznanych z teorją i metodyką statystyki; jedynie mała ich garstka uzupełnia ten brak wykształcenia samodzielnie, reszta lekarzy, nawet publikujących prace naukowe, pozostaje w dziedzinie statystyki dyletantami. Jakie wyniki wypływają z tego stanu

[1] Na wydziałach lekarskich polskich dotychczas teorję i metodykę statystyki wykładano tylko w Wilnie, jako propedeutykę kursu higjeny.

rzeczy, o tem możemy łatwo przekonać się, czytając liczne rozprawy w naukowej prasie lekarskiej. Wystarczy tu powołać się na artykuł W. Gądzikiewicza: „Najprostsze sposoby zastosowania rachunku prawdopodobieństwa w pracach lekarskich“ [1]); autor przytacza w nim kilka błędnych wniosków statystycznych z piśmiennictwa polskiego.

W artykule niniejszym właśnie mam zamiar wskazać na bardziej pospolite błędy statystyczne, spotykane w pracach lekarskich.

W toku całkowitego badania statystycznego możemy wyróżnić następujące kolejne etapy: 1-o, ułożenie planu badania; 2-o, zbieranie pierwotnego materjału statystycznego; 3-o, zestawianie dat statystycznych w tablice; 4-o, obliczanie prostszych wielkości pochodnych lub względnych — odsetek, promille, współczynników — i 5-o, analizę naukową, wyciąganie wniosków, wyprowadzanie prawidłowości statystycznych, wykrywanie związków przyczynowych.

W higjenie społecznej mamy do wykonania zazwyczaj tylko ostatnie czynności w łańcuchu badania statystycznego, klinicysta natomiast nierzadko przeprowadza samodzielnie wszystkie etapy badania.

Wśród wielu kwestyj w statystyce, wywołujących obecnie żywą dyskusję, jest jedna, którą możemy sformułować w ten sposób: czy badacz-statystyk obowiązkowo powinien posiadać gruntowne wiadomości z teorji i metodologji statystyki, czy też może ograniczyć się tylko do mechanicznego przyswojenia niezbędnych sposobów technicznych z metodyki statystycznej? Na to pytanie większość statystyków współczesnych odpowiada mniej więcej w takim sensie: o ile wykonawcy drugiego, trzeciego i czwartego stadjów badania statystycznego — to znaczy rejestratorzy i rachmistrze — mogą nie posiadać wykształcenia statystycznego, to badacz, zajęty naukowym opracowaniem materjału statystycznego, powinien być obeznany z teorją i metodologją statystyki i to w stopniu możliwie doskonałym, o ile da się, w ujęciu ściśle matematycznem. Wobec zaś tego, że lekarz-klinicysta zazwyczaj osobiście i zbiera i opracowuje materjał statystyczny, wynika, na podstawie tylko co przytoczonej opinji współczesnych statystyków, że lekarz, posługujący się w swych pracach naukowych materjałem statystycznym, powinien posiadać gruntowne wiadomości z teorji i metodologji statystyki.

Zmuszeni jesteśmy jednak do przyznania, że wymaganie takie, jako reguła, jest wygórowane, nierzadko przewyższające możliwości

[1]) „Lekarz Wojskowy“, 1928, tom XI, str. 205.

realne, jeżeli weźmiemy pod uwagę olbrzymi rozwój współczesnej medycyny, nawet przy uwzględnieniu daleko posuniętej specjalizacji: trudno wymagać, żeby przeciążony ogromem piśmiennictwa specjalista chirurg, internista, laryngolog, ginekolog i t. d., był jeszcze specjalistą w dziedzinie teorji statystyki, chociażbyśmy wymaganie to stosowali jedynie względem tych specjalistów, którzy występują z pracami naukowemi w piśmiennictwie fachowem.

To też sądzę, że należy zadośćuczynić powyższemu wymaganiu w warunkach życia rzeczywistego w ten sposób, aby każdy klinicysta, poruszający sprawy statystyczne w swych artykułach, zwracał się przed ich opublikowaniem do specjalisty z dziedziny statystyki sanitarnej po odnośne wskazówki i fachową krytykę umieszczonych w pracach danych statystycznych. Rzecz naturalna, jest to zadanie wydziału lekarskiego, aby w jego gronie byli członkowie, dobrze obeznani z teorją i metodologją badań statystycznych. Sądzę, że katedry higjeny, zwłaszcza — higjeny społecznej, stanowią naturalne środowiska ogniska, w których koncentrują się specjaliści statystyki sanitarnej; obok zaś wydziałów lekarskich należy tu wymienić badawcze i pedagogiczne instytuty higjeny i statystyki oraz centralne urzędy statystyczne państwowe i samorządowe.

Wracając do właściwego tematu, rozpatrzmy kolejno trzy następujące zagadnienia:

1-o, jakie mianowicie błędy statystyczne spotykamy najczęściej w pracach lekarzy-klinicystów;

2-o, jaka jest bliższa przyczyna tych błędów i

3-o, jakie są najprostsze sposoby, mające na celu usuwanie tych błędów.

Otóż najczęściej spotykanym i najpoważniejszym błędem statystycznym w pracach lekarskich jest to *wyciąganie wniosków i formułowanie prawidłowości statystycznych na podstawie niedostatecznych pod względem ilościowym obserwacyj statystycznych.*

W czasopismach lekarskich roi się od artykułów kazuistycznych, w których autorowie opisują nieliczne przypadki jakiejkolwiek choroby lub zastosowania jakiegoś nowego leku, czy też metody leczenia, podając przebieg i wyniki osiągnięte. Opisy bywają zaopatrzone w analizę krytyczną z punktu widzenia fizjologji, patologji, anatomji patologicznej, semjotyki i t. p. Z punktu widzenia metodologji naukowej postępowanie takie jest prawidłowe i dla rozwoju wiedzy pożyteczne. Analiza biologiczna zjawisk zbliża się niekiedy do meto-

dyki badania zjawisk nomologicznych. Gdy autor ogranicza się do tej analizy biologicznej i podaje swe opisy tylko jako materjał, sprawa stoi zupełnie dobrze. Ale właśnie nierzadko się zdarza, iż autor, po przytoczeniu kilku (czasem 5 — 6) lub kilkunastu przypadków przechodzi, prawdopodobnie bezwiednie lub nawpół świadomie, do traktowania opisanych przypadków, jako materjału statystycznego, czyni zestawienia i wyciąga wnioski statystyczne; tu właśnie popełnia on gruby błąd, gdyż wnioski te pod względem statystycznym są zupełnie nieuzasadnione; może naturalnie zdarzyć się, że przypadkowo będą one zupełnie słuszne, zwłaszcza jeżeli zagadnienie ma charakter alternatywy, co, jak wiadomo, zdarza się w praktyce klinicznej dość często. W takim razie prawdopodobieństwo każdego z obu rozwiązań równa się $^1/_2$, a więc wniosek słuszny może się zdarzać często nawet przy bardzo małej liczbie obserwacyj; nie będzie jednak to wniosek statystycznie uzasadniony.

Autor postąpi słusznie, jeżeli swój mały materjał kazuistyczny, jak najlepiej opracowany, będzie uważał właśnie za pierwotny materjał kazuistyczny i pozostawi jego opracowanie statystyczne, razem z tego samego rodzaju obserwacjami autorów innych, już innym badaczom.

Jako drugi błąd uważać należy, że tak powiem, nadużywanie rzekomej ścisłości obliczeń. Nietylko matematyk, lecz każdy badacz zarówno w naukach ścisłych (mechanika, fizyka, chemja), jak też w biologji powinien dążyć ku temu, żeby każda zdobyta lub wyprowadzona przez niego liczba albo cyfra miała znaczenie realne. Otóż lekarz, nie posiadając czasem poczucia matematycznego, oblicza z taką „ścisłością", że liczba już traci wszelki sens. Często widzimy to właśnie przy obliczaniu odsetki i promille. Autor np. opisuje 11 przypadków choroby, leczonej pewnym sposobem; 3 przypadki zakończyły się śmiercią, w 2 nastąpiło polepszenie, 6 chorych wyzdrowiało. Z tego materjału żadnych odsetek wyprowadzić nie możemy, chodzi bowiem tu o tak zwane jednostki rozdzielcze (diorismenon), a nie o ciągłe (syneches): dopiero zbiorowość ze 100 conajmniej jednostek nadaje się do obliczenia procentów. Autor nie zastanawia się nad tym postulatem i stwierdza np.: w ten sposób mamy w 27,28%, zgony, w 18,18% — polepszenie, w 54,54% — wyzdrowienie. Liczby te są fikcyjne; bo i cóż znaczą zestawienia 27,28%, 27,29% lub 28,27% w danym przypadku? Odsetki w liczbach całych mamy prawo obliczać tylko w zbiorowości, mającej nie mniej 100 jednostek statystycznych, odsetki z jedną cyfrą po przecinku — w zbiorowościach

o 1000 jednostek, odsetki z 2 cyframi po przecinku — w zbiorowościach, zawierających nie mniej, niż 10000 jednostek i t. d.; obliczenia więc autora odpowiadają co do swej ścisłości zbiorowości przynajmniej 10000 obserwacyj klinicznych, autor zaś miał ich tylko 11!

Obliczanie odsetek z mniejszej liczby obserwacyj, niż setka, jest dopuszczalne wtedy, gdy mamy do czynienia z cechą zmienną, to zn. taką, którą otrzymujemy zapomocą pomiarów, np. wzrost, waga, temperatura i t. p. Tu granicę ścisłości wyliczeń stanowi właśnie stopień ścisłości badania: jeżeli np. badamy wzrost ze ścisłością do jednego milimetra, obliczona wielkość również powinna być oznaczona ze ścisłością do jednego milimetra, lecz nie do dziesiątych, setnych lub tysięcznych części milimetra [1]).

Za trzeci błąd statystyczny uważałbym okoliczność, kiedy wciągane do jednego szeregu statystycznego obserwacje o tyle się różnią wzajemnie, że mało się nadają do bezpośredniego opracowania statystycznego. Zależy to od wadliwego ułożenia planu poprzedzającego badanie, lub też od zupełnego braku takiego planu. Zazwyczaj „zdrowy rozsądek" i wprawa do badań statystycznych chronią od wciągania do jednego szeregu zasadniczo różnorodnych elementów, teorja zaś statystyki podaje ściślejsze sposoby badania jednolitości, stopnia dyspresji, ewent. koncentracji otrzymanego szeregu.

Do czwartego rodzaju błędu należy czasem napotykana wadliwa interpretacja graficzna. Wiemy, że uciekanie się do metody graficznej w statystyce ma cel podwójny: po pierwsze, dopomaga pogłębieniu naukowej analizy statystycznej i unaocznia przebieg zjawisk, po drugie, stanowi wzdzięczny sposób do popularyzacji danych statystycznych pośród szerokich warstw społeczeństwa. W pracach naukowych chodzi tylko o pierwszy cel, dlatego też interpretacja graficzna powinna być bez zarzutu pod względem metodologicznym, natomiast dla statystycznej grafiki popularyzacyjnej jesteśmy więcej pobłażliwi.

Wykresy w pracach lekarskich nierzadko posiadają braki i niedokładności o charakterze czysto graficznym, np. niewyróżnianie według grubości linij siatki współrzędnych a samych krzywych, odcinanie rzędnych od zera do pewnej wielkości i t. p. Z temi niedo-

[1]) Rzadkie wyjątki z tej reguły mamy w badaniach statystycznych, lecz nie w statystyce sanitarnej. Należy tutaj jeszcze zaznaczyć, że niektórzy statystycy są więcej liberalni pod omawianym względem i wymagają, żeby tylko przedostatnia cyfra była zupełnie pewna i ważna, ostatnia zaś cyfra może być wątpliwa co do ścisłości. Uważam jednak ten pogląd za zbyt pobłażliwy i poniekąd sprzeczny ze sposobami myślenia matematycznego.

ciągnięciami możemy się pogodzić, gdyż nie są one istotne, natomiast gorsze są takie usterki, jak niezachowanie jednolitej skali, nieuzasadniona ekstrapolacja i intrapolacja, nieuwzględnienie nierówności interwalów i t. p.

Inne błędy statystyczne w pracach lekarskich posiadają znaczenie mniejsze, pomijam więc je milczeniem.

Ogólną przyczyną wszystkich wyliczonych błędów jest, rzecz prosta, niedostateczna u lekarzy znajomość teorji i jej statystyki i metodyki, oraz niezwracanie się w odnośnych przypadkach badania naukowego, po fachową poradę do statystyków specjalistów.

Co do poszczególnych błędów, pierwszy i ważniejszy z nich polega na tem, że student medyk czy też lekarz nie uświadomił sobie prawa liczb wielkich, stanowiącego podstawę całego myślenia statystycznego. Jest rzeczą wiadomą, że większa część przejawów postępowania każdego człowieka polega na bezwiednem kierowaniu się konsekwencjami, wypływającemi z prawa liczb wielkich; chodzi tu właśnie o to, że olbrzymia większość podświadomie, prawie instynktownie stosuje wymienioną zasadę, natomiast znikomo mała liczba ludzi wie o istnieniu tego prawa, a jeszcze mniej osób uświadamia sobie to prawo. Otóż teorja statystyki wysuwa postulat, że każdy badacz naukowy, posługując się metodą statystyczną, powinien być dobrze obeznany z prawem liczb wielkich i dobrze go przemyśleć, o ile możliwie, w ujęciu matematycznem. Należy tu jednak zaznaczyć, że prawo liczb wielkich i konsekwencje, wypływające z niego, a nader ważne dla statystyki, można rozumieć i należycie sobie uświadamiać, nie posiadając specjalnego wykształcenia matematycznego.

Lekarz, który zaznajomił się z zasadami teorji prawdopodobieństwa i z prawem liczb wielkich, nie będzie już ze swego szczupłego materjału statystycznego wyciągał wniosków, wyprowadzał prawidłowości, odszukiwał związków przyczynowych. Szczupły materjał statystyczny upoważnia badacza najwyżej do bardzo oględnych przypuszczeń i hipotez, których ugruntowywanie i dowodzenie wymaga dalszych badań i znacznie obszerniejszych obserwacyj statystycznych.

Nadmierna „ścisłość“ obliczeń, że tak powiem, nadużywanie ołówka i działań arytmetycznych, polega przedewszystkiem na obfitości złych przykładów (w prasie fachowej aż roi się od tych lekkomyślnych rachunków), a poza tem na pewnej niechęci do myślenia kategorjami matematycznemi i na właściwej każdemu dążności do zautomatyzowania zarówno swych ruchów mięśniowych, jak procesów myślenia. Właściwie mówiąc, nasze zwyczajne rozumowanie, bez

posługiwania się jakiemikolwiek danemi z teorji statystyki, łatwo może wykryć niedorzeczność obliczania odsetek, niekiedy nawet z ułamkami dziesiętnemi, z małej liczby obserwacyj, nie sięgającej stu przypadków. Młodego autora często pociągają właśnie te liczby dziesiętne, nadają bowiem pracy więcej pozoru „bardzo naukowej" rozprawy, niejako zakrawającej na badanie oparte na „matematyce", nauce, którą uważamy za najbardziej ścisłą. W rzeczywistości zaś właśnie ta „ścisłość" jest dowodem nieścisłego, niematematycznego myślenia.

Błąd trzeci posiada charakter subtelniejszy; jego przyczyna może tkwić w niedostatecznie wnikliwej analizie naukowej o charakterze nie tyle specyficznie statystycznym, ile bardziej ogólnym. Czasem analiza ta staje się bardzo trudną, chwiejną, częstokroć nosi zabarwienie mocno subjektywne. Znajomość teorji i metodologji statystyki ułatwia rozwiązanie zadania, poniekąd mechanizuje analizę, daje badaczowi konkretniejsze punkty oparcia do wypowiadania sądów.

Błędy w interpretacji graficznej zjawisk statystycznych znajdują swą przyczynę wyłącznie w braku wiadomości z odpowiedniego rozdziału metodyki statystycznej i w bezkrytycznem naśladowaniu wadliwych przykładów, które nierzadko spotykamy w piśmiennictwie nie tylko lekarskiem, lecz również innych gałęzi naukowych, posługujących się metodą statystyczną, np. nauk gospodarczych. Pewną rolę w błędach tego rodzaju odgrywają propagandowe i popularne grafiki statystyczne, które nierzadko nie odpowiadają ściślejszym wymaganiom naukowym, nieobeznany zaś z metodyką statystyczną lekarz bezwiednie naśladuje grafiki propagandowe przy wykonywaniu swych wykresów naukowych.

Jest rzeczą zrozumiałą samo przez się, że do zapobiegania omówionych błędów statystycznych mamy jedyny środek radykalny, mianowicie: gruntowne zaznajomie się z teorją i metodologją statystyki. Jedak wobec już wysuniętej wyżej trudności takiego rozwiązania sprawy, można załatwić ją w drodze kompromisowej, mianowicie: postawić warunek, aby każdy lekarz, posługujący się w swych pracach naukowych metodą statystyczną, zwracał się po poradę do fachowca-statystyka, sam zaś ograniczył się tylko do zaznajomienia się z minimalnemi wiadomościami z dziedziny teorji i metodyki statystycznej, aby móc powziąć pewne wątpliwości podczas swej pracy i zupełnie świadomie konferować ze statystykiem fachowcem.

Otóż wiadomości te możnaby ograniczyć do następujących kwestyj i działów zasadniczych.

Przedewszystkiem chodzi tu o zrozumienie prawa liczb wielkich i oswojenie się z nim w takim stopniu, żeby móc myśleć kategorjami, związanemi z tem prawem.

Jak wiemy, zadanie masowego, statystycznego badania polega na tem, żeby 1) wyrazić w ilościowej, liczbowej postaci prawidłowości, zachodzące w badanej zbiorowości, złożonej z poszczególnych jednostek lub cech, z których każda posiada swe indywidualne zabarwienie, 2) ustalić typ badanego zjawiska zbiorowego i 3) wykryć związki przyczynowe, posiadające same przez się charakter kolektywny; zapomocą metody statystycznej odsiewa się i usuwa z pola badania zjawiska i związki przypadkowe, indywidualistyczne, nie wpływające na przebieg szukanej przez nas prawidłowości statystycznej. Otóż możemy oczekiwać *a priori*, posługując się zwyczajnem logicznem rozumowaniem, że siła działania tych przypadkowych zjawisk w zbiorowości zmniejsza się w miarę zwiększania się liczb obserwacyj. Takie właśnie rozumowanie prowadzi do zrozumienia prawa liczb wielkich. W postaci ogólnej możemy wyrazić to prawo w sposób następujący: w wielkiej liczbie statystycznych obserwacyj jakiejkolwiek zbiorowości występują najaw, zarówno w strukturze zbiorowości, jak w odbywających się w niej zjawiskach, takie prawidłowości, które nie mogą być ujawnione i poznane przy badaniu tylko drobnych części zbiorowości.

Dla ilustracji tego twierdzenia przytacza się często w kursach teorji statystyki piękne porównanie, należące do ojca współczesnej statystyki—Quételet'a. Jeżeli ktoś, mówi ten autor, rozpoczął przypatrywać się z bardzo małej odległości malutkiej części koła, zakreślonego na dużej tablicy kredą, to zauważyłby tylko pewne zbiorowisko poszczególnych punktów, położonych mniej więcej przypadkowo i dowolnie. W miarę stopniowego oddalania się obserwatora od tablicy oko jego obejmowałoby co raz większą liczbę punktów; obserwator wreszcie zauważyłby, że punkty te układają się z pewną prawidłowością na łuku o pewnej długości. Oddalając się w dalszym ciągu od tablicy, obserwator straciłby wreszcie w polu swego widzenia wszystkie poszczególne punkty, przestałby rozróżniać ich przypadkowe i indywidualne kombinacje, lecz w końcu uchwyciłby prawo, kierujące układaniem się punktów, poznałby więc naturę wykreślonej krzywej. To samo zjawisko dałoby się zauważyć jeżeliby bardzo liczne poszczególne punkty, stanowiące krzywą, były maleńkiemi istotami żyjącemi, posiadającemi swobodę dowolnych ruchów w pewnej ograniczonej sferze.

Prawo liczb wielkich stanowi jedno z centralnych zagadnień teorji prawdopodobieństwa i w tej dziedzinie wiedzy znajdujemy matematyczne udowodnienie prawa. Posiadający wykształcenie matematyczne może przerobić teorję prawdopodobieństwa w ujęciu ścisłem, lecz dla lekarza, posługującego się metodą statystyczną, wymaganie takiego ujęcia byłoby wygórowane, nierealne, nawet zbyteczne z punktu widzenia naukowej organizacji pracy. Jednak uważałbym za pożyteczne zaznajomienie się z elementarnemi zasadami teorji prawdopodobieństwa, żeby dojść do zrozumienia prawa liczb wielkich, wychodząc właśnie z tych zasad, aczkolwiek jest możliwe wytłumaczenie prawa z pominięciem zasadniczego pojęcia teorji prawdopodobieństwa. Uważałbym jednak tę drogę do poznania prawa za trudniejszą i mniej ekonomiczną pod względem zatraty wysiłków myśli i zatraty czasu, niż zaznajomienie się z prawem liczb wielkich w płaszczyźnie teorji prawdopodobieństwa i zapomocą jej zasadniczych pojęć.

Po zaznajomieniu z prawem liczb wielkich w ujęciu elementarnem możemy również przemyśleć konsekwencje prawa, mające doniosłe znaczenie dla teorji statystyki: wzór Laplace'a i jego zastosowanie w postaci oryginalnej lub też w postaci tablic Dawidow'a, miary ścisłości (różnorodne odchylenia: przeciętne, średnie, prawdopodobne). Starając się uświadomić sobie prawo liczb wielkich, należy zwracać szczególną uwagę na sposoby i wyniki doświadczalnego udowodniania prawa zapomocą klasycznych eksperymentów z wyciąganiem kul lub kart, rzucaniem monet lub kości, rozpatrywaniem tablic loteryjnych i t. d. Rozważania w tym kierunku dopomogą również do uświadomienia sobie realnego znaczenia stałości i zmienności prawdopodobieństwa matematycznego.

W związku z tem występuje kwestja liczby obserwacyj, zwłaszcza w połączeniu ze sprawą rozczłonkowania i grupowania zbiorowości statystycznej, co staje się niezbędnem przy wyciąganiu wniosków statystycznych. Rzeczywiście, główne zadanie badania statystycznego polega nie na gromadzeniu możliwie dużych liczb obserwacyj, lecz na umiejętnem grupowaniu tych obserwacyj i wyciąganiu prawidłowości statystycznych. Tu właśnie powstaje pytanie: jaka liczba obserwacyj, dotycząca całej zbiorowości i jej poszczególnych ugrupowań, jest wystarczająca i miarodajna dla oparcia się na prawie liczb wielkich? Żeby odpowiedzieć na to pytanie, należy zaznajomić się z elementarnemi sposobami. któremi statystyka posługuje się w danej sprawie.

Rozczłonkowanie szeregów statystycznych i badanie ich zapomocą charakterystyk liczbowych umożliwi jednocześnie sąd o jednolitości szeregu, stopniu dyspersji zawartych w szeregu zjawisk i wogóle o przydatności materjału do opracowania statystycznego.

Dalej niezbędne są zasady teorji korelacji, gdyż bez niej statystyczne wnioskowanie jest w znacznym stopniu utrudnione i wymaga specjalnej intuicji statystycznej, którą posiadali wybitni statystycy w pierwszych okresach rozwoju naszej nauki.

Dla unikania niedociągnięć w sprawie interpretacji graficznej powinniśmy dążyć do wzorowania się tylko na poważniejszych pracach stastycznych, a nie na piśmiennictwie popularnem i propagandowem. Wprowadzenie do wykształcenia matematycznego w polskich szkołach średnich początków geometrji analitycznej ułatwi studentom medykom i lekarzom przyswojenie grafiki statystycznej.

Posiadając wymienione elementarne wiadomości z teorji statystyki oraz zwracając się po poradę do statystyka, lekarz, posługujący się w swej pracy naukowej materjałem statystycznym, uniknie wymienionych błędów, wskutek czego opublikowana praca znacznie zyska na powadze naukowej.

Le professeur Dr. K. KARAFFA-KORBUTT.

Sur les erreurs statistiques relevées dans les ouvrages médicaux scientifiques.

Résumé.

L'auteur analyse les principales erreurs dues à la connaissance insuffisante de la théorie de la statistique et des méthodes employées dans cette science.

Tels sont les conclusions et les régularités statistiques tirées d'un trop petit nombre d'observations, l'exactitude exagérée des calculs numériques ne répondant pas à la verité rigoureuse des faits observés, l'interprétation incorrecte des tracés graphiques et autres. Suit l'indication des sources de ces erreurs et des moyens propres à les éviter.

Les auteurs qui se servent de donnes statistiques dans leurs ouvrages doivent connaître la théorie et la méthode de la statistique ou du moins s'adresser aux spécialistes, versés dans ces matières pour leur demander conseil.

Dr. ADAM ŁAPIŃSKI.

O zmienności morfologicznej wibrjonów cholery azjatyckiej.

Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Wileńskiego.
Kierownik Prof. Dr. *T. Gryglewicz.*

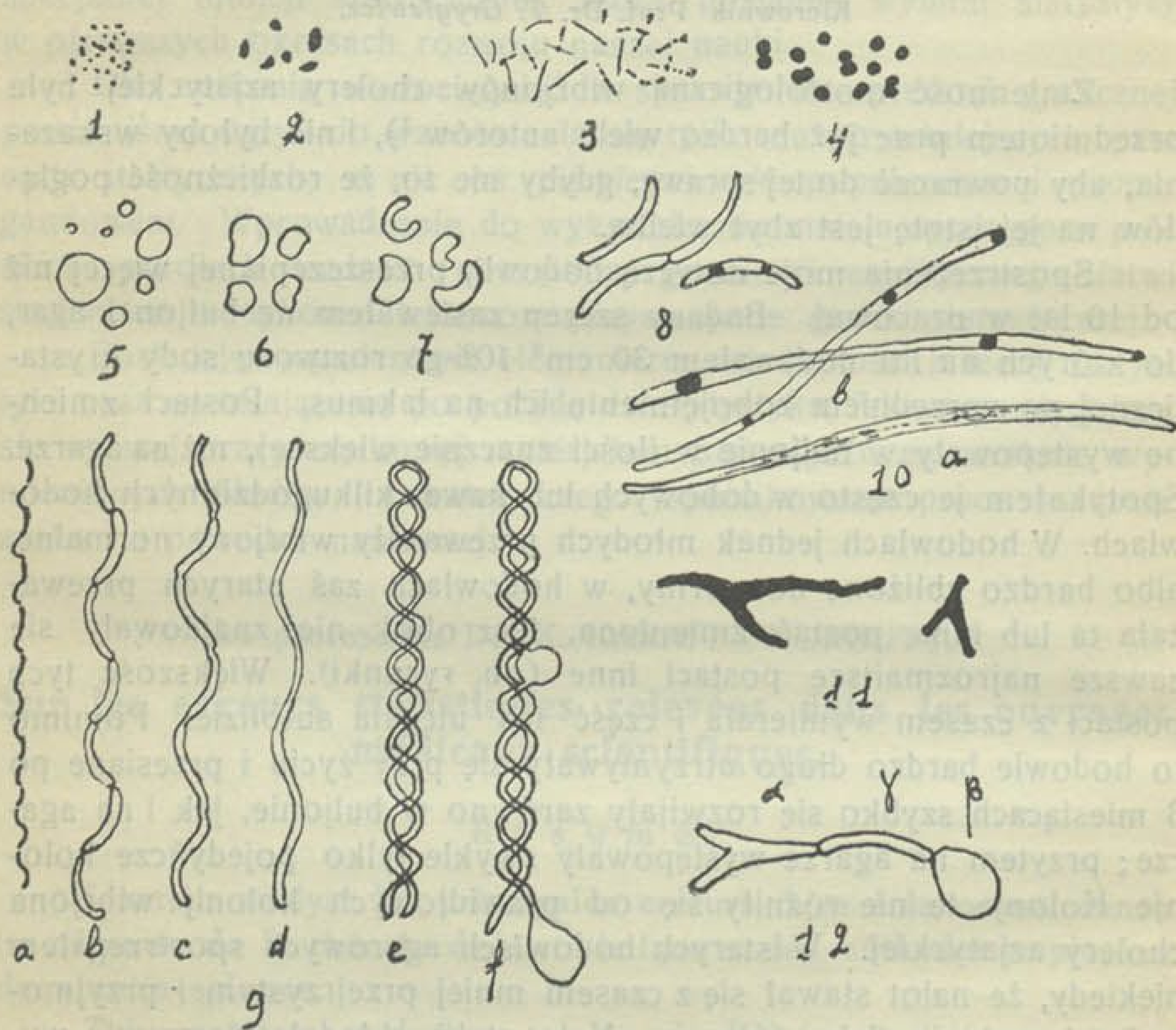
Zmienność morfologiczna wibrjonów cholery azjatyckiej była przedmiotem prac już bardzo wielu autorów [1]), i nie byłoby wskazania, aby powracać do tej sprawy, gdyby nie to, że rozbieżność poglądów na jej istotę jest zbyt wielka.

Spostrzeżenia moje dotyczą hodowli, przeszczepianej więcej niż od 10 lat w pracowni. Badany szczep zasiewałem na buljon i agar, do których na litr dodawałem 30 cm^3 10%-go roztworu sody krystalicznej po uprzedniem zobojętnieniu ich na lakmus. Postaci zmienne występowały w buljonie w ilości znacznie większej, niż na agarze. Spotykałem je często w dobowych lub nawet kilkugodzinnych hodowlach. W hodowlach jednak młodych przeważały wibrjony normalne, albo bardzo zbliżone do normy, w hodowlach zaś starych przeważała ta lub inna postać zmieniona, lecz obok niej znajdowały się zawsze najrozmaitsze postaci inne (ob. rysunki). Większość tych postaci z czasem wymierała i część ich ulegała autolizie. Pomimo to hodowle bardzo długo utrzymywały się przy życiu i przesiane po 3 miesiącach szybko się rozwijały zarówno w buljonie, jak i na agarze; przytem na agarze występowały zwykle tylko pojedyńcze kolonje. Kolonje te nie różniły się od prawidłowych kolonij wibrjona cholery azjatyckiej. W starych hodowlach agarowych spostrzegałem niekiedy, że nalot stawał się z czasem mniej przejrzystym i przyjmował zabarwienie słabo żółtawe. Nalot taki składał się prawie wyłącznie z drobnych ziarenek, i zawierał minimalną ilość przecinkowców, a po przesianiu go znów się rozwijały kolonje prawidłowe. W probówkach z buljonem rozwój po zasianiu odbywał się czasami najszybciej nie w górnych warstwach podłoża, lecz na pograniczu dolnej i średniej jego $1/4$ części; w tem miejscu powstawała dość wyraźnie odgraniczająca się warstewka bardzo mętna.

---

[1]) Odnośne piśmiennictwo czytelnik znajdzie w następujących pracach:
R. Kraus — Zur Trage des Formenwechsels der Vibrionen. Centralblatt für Bacteriologie, Orig. T. 106, 1928, p. 99.
E. Gildemeister — Über Variabilitätserscheinungen bei Vibrionen. Tamże T. 87, 1922, p. 241.

Hodowle po przesianiu wstawiałem do termostatu na 6 godz., potem przechowywałem je w ciemnej szafie w t^0 pracowni (18^0—25^0 C). Zwykle wymierały one doszczętnie po upływie 6—7 miesięcy. Jedną jednak hodowlę buljonową siedmiomiesięczną (od 15 stycznia do 15 sierpnia 1929) udało mi się ożywić. Hodowla ta wyschła tak, że na dnie probówki pozostała mniej więcej $^1/_{10}$ jej część (koło 0,6 cm^3



gęstego, ciemnego płynu); bakterje w niej uległy zupełnej autolizie; w kropli wiszącej nie znalazłem żadnych postaci morfologicznych: w preparacie barwionym bardzo drobna ziarnistość pokrywała całe pole widzenia. Do probówki wlałem 7 cm^3 świeżego buljonu i postawiłem do termostatu. W ciągu 3 dni nic się w niej nie rozwinęło. Również 4-go dnia hodowla była zupełnie przezroczysta, lecz w mikroskopowem badaniu zapomocą kropli wiszącej znalazłem w nieznacznej ilości (1 — 3 w polu widzenia) komórki małe (1 — 1,5μ $\times$ 0,5 — 0,6μ), nieruchome, osełkowate lub gruszkowate — niektóre w stadjum podziału (ob. rys. 2). Następnych dni komórek tych tro-

chę przybyło, lecz rozwój był bardzo powolny, i hodowla nie mętniała. Myśląc, że mam do czynienia z zanieczyszczeniem, przesiałem hodowlę uszkiem platynowem do świeżego buljonu i jednocześnie przygotowałem mazane płytki agarowe. W t^0 37^0 C buljon zaczął wykazywać słabe zmętnienie dopiero po 3 dniach, i następnie rozwinęła się hodowla, która prócz małej ilości postaci osełkowatych i gruszkowatych zawierała bardzo dużo komórek o kształcie, zbliżonym do prawidłowych postaci wibrjonów; były też w niej, jak w innych hodowlach, nieliczne nitki (ob. dalej).

Również i na płytkach agarowych zaczęły się rozwijać dopiero po 3 dniach kolonje, zupełnie podobne do typowych kolonij wibrjona cholery azjatyckiej. Barwione preparaty odciskowe wykazały rozmaitość postaci rozwojowych, jak to widać na fot. 2. Znaczna jednak część komórek już ma kształt wydłużony i słabo zgięty. Postaci osełkowate zabarwiły się błękitem metylenowym Löfflera znacznie mocniej od innych, ale w niektórych z nich pozostały miejsca jaśniejsze lub wcale niezabarwione o nieprawidłowych konturach.

Rozwój hodowli z postaci osełkowatych i gruszkowatych siedmiomiesięcznej hodowli buljonowej, uwidocznionych także na fot. 2, badałem jeszcze w kropli wiszącej i na agarze pod szkiełkiem pokrywkowem. Postępowałem w następujący sposób. Szkiełko przykrywkowe i szkiełko podstawowe z wydrążeniem, przeprowadzałem przez płomień w celu ich wyjałowienia i umieszczałem na wyjałowionej bibule pod pokrywką szalki Petri'ego. Szkiełka przykrywkowe łatwo przytem pękają; to też należy zmniejszać dopływ powietrza do palnika. Potem przygotowywałem kroplę wiszącą, lub powierzchnią szkiełka przykrywkowego dotykałem powierzchni rozpuszczonego agaru i szkiełko opierałem kantem na bibule, aby przyklejona doń warstwa agaru nie była zbyt gruba. Po skrzepnięciu agar obcinałem i usuwałem z brzegów kantem drugiego szkiełka przykrywkowego, przeprowadzonego przez płomień, pozostawiając w środku kwadracik cienkiej jego warstwy, który zasiewałem kroplą rozcieńczonej hodowli, i nadmiar płynu zlewałem jeszcze przez nachylenie szkiełka [1]). Zasiane szkiełko z agarem przyklejałem do szkiełka

---

[1]) Już po oddaniu rękopisu do druku przeczytałem pracę J. Fortnera, (Die Mikroskopie der aëroben und anaëroben Oberflächenkolonien auf hängendem Agar. — Aus dem. Institut „Robert Koch", Abt. Prof. dr. H. A. Gins. — Centralblatt für Bakteriologie. B. 113. H. 1—2. 16 Dezember 1929), który przygotowywał agar na szkiełkach przykrywkowych prawie w taki sam sposób, jak to się praktykuje w naszym Zakładzie.

podstawowego nad wydrążeniem jak w przygotowaniu kropli wiszącej. Rozwój można było obserwować pod imersją w ciągu tygodnia i dłużej.

W taki sposób przygotowane hodowle mikroskopowe bądź to w kropli wiszącej, bądź też na agarze pod szkiełkiem przykrywkowem, nie ulegały zanieczyszczeniu, i można było obserwować ich rozwój pod imersją w ciągu tygodnia i dłużej. Stwierdziłem w nich, że postaci osełkowate wydłużają się i ulegają podziałowi, a w miarę postępowania rozwoju przez dzielenie się komórek coraz więcej widzimy postaci, zbliżających się kształtem do wibrjonów. Widać to również na fot. 2, przygotowanej z preparatu odciskowego (ob. wyżej).

Siedmiomiesięczną więc hodowlę buljonową, chociaż z trudem, udało się jednak ożywić: po kilku przeszczepieniach rozwój następował tak szybko, jak w innych hodowlach badanego szczepu i niczem się od nich nie różnił. Jednocześnie z nią posiana siedmiomiesięczna hodowla agarowa, była w tym czasie już zupełnie martwa: świeży buljon, wlany do probówki do wysokości górnego brzegu skośnego agaru, w t^0 37°C. w ciągu 2 tygodni pozostał przezroczysty i jałowy. Zapewne ujemny pływ wysychania był tu znacznie mocniejszy. Hodowla ta również nie zawierała żadnych elementów morfologicznych i w preparacie barwionym całe pole widzenia było pokryte tylko bardzo drobną ziarnistością rozpadu.

Inne postaci zmienione wibrjonów cholery azjatyckiej są już opisane przez wielu autorów. Spostrzegałem je także w hodowlach mojego szczepu (ob. rysunki). Rozwój postaci zmienionych badałem mikroskopowo w kropli wiszącej i na agarze pod szkiełkiem przykrywkowem (ob. wyżej); przytem zwracałem uwagę na ich rozmnażanie się, wzrost i utrzymywanie kształtu, t. j. na te objawy życiowe, które znajdowały tu swój wyraz w morfologji komórek bakteryjnych. Odchylenie od normy jednego z wymienionych objawów występuje jednocześnie z odchyleniami innych objawów, ale nie zawsze. Utrata zdolności utrzymania krętego kształtu komórki łączy się zazwyczaj z powstawaniem cienkich, wysmukłych, słabo barwiących się postaci pałeczkowatych (ob. rys. 3), albo też odwrotnie — barwiących się mocno postaci — krótkich, grubych, ziarenkowatych (ob. rys. 4 i fot. 7). Postaci te, zazwyczaj nieruchome, rozmnażają się i komórki raptownie w przejściu od jednej generacji do drugiej (ob. fot. 7 i 8). lub stopniowo w ciągu kilku generacyj na podłożach świeżych zdobywają swój normalny kształt. Należą tu także komórki ruchome, których wielkość została zredukowana do bardzo drobnego ziarenka,

Postaci kuliste (ob. rys. 5), zdaniem wielu autorów, powstają wskutek zmian w komórce, ujawniających swój wpływ na warunki osmotyczne. Wielkość ich bywa rozmaita: od 2 do 7 μ średnicy. Występują też niekiedy postaci półkuliste (ob. rys. 6), sierpowate, obwarzankowate (ob. rys. 7). Wszyskie te postaci są nieruchome, słabo się barwią, albo nie barwią się wcale i w moich spostrzeżeniach zupełnie utraciły funkcję rozmnażania się.

Odchylenia od normalnego wzrostu wyrażają się bardzo często w powstawaniu komórek większych, niekiedy bardzo dużych (5—7 μ X 0,6 — 0,9 μ, ob. rys. 8). Występują one gromadnie na agarze lub w buljonie w hodowlach młodych, łatwo się dzielą i mają kształt kręty, natomiast ruch ich jest upośledzony; w hodowlach starych trudniej się barwią i łatwiej ulegają autolizie. W ich protoplazmie, słabo zabarwionej błękitem metylenowym Löfflera, znajdowałem dość często mocno zabarwione ziarna o prawidłowych konturach — okrągłe lub owalne, które po zupełnem zautolizowaniu się komórki długo leżały wolne i na agarze pod mikroskopem nie ujawniały żadnych objawów życiowych (ob. fot. 6).

Jednem z częstych odchyleń od normy jest również upośledzenie funkcji dzielenia się komórek, wskutek czego komórki po dokonanym podziale nie rozłączają się i tworzą krótszą lub dłuższą, niekiedy bardzo długą nić. Nitki w ilości większej powstawały w hodowlach starszych, ale znajdowałem je także obok wibrjonów w hodowlach buljonowych bardzo młodych. W ich strukturze wyrażały się rozmaite stopnie upośledzenia funkcji podziału aż do zupełnego zaniku tej funkcji. Spostrzegałem tu rozwój kilku rodzajów: 1) nitki, składające się z prawidłowych wibrjonów, luźno ze sobą związanych (ob. rys. 9a, fot. 3); 2) nitki kręte z przewężeniami i wyraźnie zaznaczonemi przegródkami w miejscach, w których miał nastąpić podział (ob. rys. 9b); 3) nitki kręte z przewężeniami bez przegródek, (ob. rys. 9c) i 4) nitki kręte bez przewężeń i przegródek jednakowo grube na całej długości (ob. rys 9d, fot. 4). Długość i grubość poszczególnych skrętów tych nitek, prócz nitek pierwszego rodzaju, były większe od długości i grubości prawidłowych wibrjonów. Niektóre z tych nitek były ruchome. Jednak nie udało mi się wykryć rzęsek sposobem Zetnowa. Gildemeister (l. c.) podaje, że sposobem Zettnowa uwydatniał w preparatach mikroskopowych rzęski nie tylko na końcach nitki, lecz także w jej przebiegu między poszczególnemi skrętami. Spotykałem także nici poskręcane na podobieństwo powróseł (ob. rys. 9c). Niektórzy autorzy przypuszczają, że postać

taka jest wyrazem pewnego rodzaju kopulacji między poszczególnemi skrętami nitki, lecz na to brak dowodów.

Nić rozwija się szybko i w krótkim czasie przestaje rosnąć, a po przeniesieniu jej do świeżego agaru lub buljonu możemy ją obserwować pod mikroskopem w ciągu tygodnia i dłużej, i stwierdzimy tylko, że z czasem ulega ona powolnej autolizie. Komórka więc bakteryjna wytwarzając nić, nie zwiększa przez to swej żywotności, bo nić przeważnie powoli umiera. Tylko w hodowli buljonowej rzadko udaje się dostrzec, że od nitki ruchomej może się oderwać, szamocąc się na wszystkie strony, jej skręt, a raczej półskręt końcowy, i taki wolny wibrjon zapewne może dać początek nowej hodowli. Na nitkach krętych powstają też niekiedy kuliste zgrubienia (ob. rys. 9b), nie barwiące się lub trudno przyjmujące barwę; każde z nich odpowiada jednemu półskrętowi nitki. Twory te są zupełnie podobne do postaci, które mogą powstać z pojedyńczych wibrjonów (ob. rys. 5).

Jeżeli jednocześnie z upośledzeniem funkcji dzielenia się komórek przy utrzymanym wzroście zanika zdolność utrzymania kształtu, to rozwijają się nitki proste lub nieprawidłowo zgięte (ob. rys. 10, fot. 5), które z czasem przestają rosnąć i nawet po przeniesieniu ich na świeże podłoże ulegają powoli autolizie. Występują też niekiedy postaci rozgałęzione (ob. rys. 11, fot. 1), czyli ujawnia się działanie nowego czynnika, który dotąd był hamowany przez inne czynniki rozwojowe. Postaci jednak rozgałęzione również utraciły zdolność dalszego rozwoju.

Nitki proste lub nieprawidłowo zgięte zazwyczaj barwią się nierównomiernie (ob. rys. 10a i b, fot. 5): w słabo zabarwionej protoplazmie często występują miejsca zabarwione mocniej; spotykałem także w niej ziarna (ob. rys. 10b), bardzo mocno barwiące się błękitem metylenowym i posiadające kontury prawidłowe — okrągłe lub owalne. Ziarna te pozostawały wolne po zupełnem zautolizowaniu i zaniku nitki (ob. fot. 6).

Wyrażano przypuszczenie, że wspomniane ziarna są sporami; porównywano je z niektóremi sporami grzybów. Hodowle jednak nie wykazywały, naprz. na ogrzewanie, odporności większej od normalnej hodowli wibrjona cholery azjatyckiej. Na agarze pod mikroskopem w ciągu kilku dni nie stwierdzałem kiełkowania wymienionych ziaren, jak również nie mogłem dostrzec rozwijania się hodowli z bardzo drobnych ziarenek, oznaczonych na rys. 1. Szczep jednak przeze mnie badany odznaczał się zwiększoną wytrzymałością

i można go było ożywić jeszcze po 7 miesiącach (ob. wyżej). Przytem zjadliwość jego, pomimo przeszczepiania w ciągu 10 lat na podłożach laboratoryjnych i pomimo tak znacznej zmienności morfologicznej, nie zmniejszyła się: 0,1 — 0,2 normalnego uszka 6-cio godzinnej hodowli agarowej, wstrzyknięte w buljonie obojętnym bez peptonu do otrzewnej, zabijały morskie świnki. Płyn wysiękowy jamy brzusznej zawierał na sekcji mnóstwo najprawidłowszych wibrjonów; leukocytów i innych komórek prawie wcale w nim nie było. Częściej jednak świnki padały wskutek zatrucia, i w 2—7 godz. po wstrzyknięciu nie znajdowałem w płynie wysiękowym otrzewnej bakteryj, a później i na sekcji spotykałem prawie wyłącznie dość długie nitki o prawidłowych skrętach (średnio na 2–3 pola widzenia jedną), zwykle ruchome; spotykałem je też niekiedy w małych wysiękach opłucnej.

Uogólniając wyniki mych obserwacyj, wspomnę jeszcze, że niektóre z postaci zmienionych rozmnażały się przez podział komórek (ob. rys. 2, 3, 4 i 8, fot. 2 i 7), inne zaś zatracały tę funkcję i ulegały z czasem autolizie (ob. rys. 1, 5, 9, 10 i 11, fot. 1, 4 i 5). Postaci rozmnażające się niekiedy utrzymywały cechę zmienioną w ciągu kilku generacyj, i powrót do normalnego kształtu następował czasami raptownie — w przejściu od jednej do drugiej generacji (ob. rys. 4, fot. 6 i 7), albo też powrót do normalnego kształtu odbywał się stopniowo w ciągu kilku generacyj (ob. rys. 2, fot. 2). Mamy więc tu zjawiska dziedziczenia cech, i dlatego próbowano objaśniać morfologiczną zmienność bakteryj niektóremi prawami genetyki, stosowanemi do istot żyjących, rozmnażających się drogą płciową. Czytelnika, który interesuje się tą sprawą, odsyłam do pracy E. Toenniessena (Centralblatt für Bact. T. 86, 1921, p. 353). Zaznaczę tylko, że w bakterjologji nadużywano często terminu: „mutacja". Wprawdzie zmienność morfologiczna i fizjologiczna niekiedy utrudnia nam rozpoznanie gatunku, ale dany gatunek bardzo często wykazuje zmienność, która głównie dla niego jest znamienna. Dotąd nie udowodniono z całą stanowczością, aby jeden gatunek mógł się przeistoczyć w inny.

Przyczynę zmienności byłbym skłonny upatrywać w procesach biochemicznych, odbywających się w protoplazmie żywej komórki bakteryjnej. Drogą tych procesów odbywa się też odżywianie plazmotwórcze i energjotwórcze, w którem przyjmuje udział nawet żywa plazma, jak to sądzą niektórzy autorzy. Pomimo że przeważnie nie znamy tych spraw bardzo zawiłych, to jednak należy przypuszczać, iż procesy biochemiczne w normalnej komórce zależą jedne od dru-

gich, następują w pewnej kolejności i biegną w określonym kierunku. Taki mechanizm biochemiczny może ulec odchyleniom i zmianom pod wpływami zewnętrznemi, szkodliwie oddziaływającemi na normalne życie komórki; przytem komórka nie zawsze ginie, lecz następują odchylenia w jej funkcjach życiowych zależnie od zmian w mechanizmie biochemicznym: funkcja może słabnąć lub ulegać zanikowi, kompensując się mniej lub więcej skutecznie innemi funkcjami, może też się ujawnić funkcja nowa, która w komórce normalnej była zahamowana prawidłowym jej mechanizmem biochemicznym. Zmiany w przebiegu procesów chemicznych w plazmie mogą sprowadzać zmiany fizyczne ciał, z których jest zbudowana komórka co zazwyczaj znajduje swój wyraz w jej morfologji. We wszystkich jednak przypadkach ujawnia się więcej lub mniej jaskrawo tendencja powrotu do normy.

Zmienność morfologiczna mojego szczepu cholery azjatyckiej występowała pod wpływem produktów przemiany materji, nagromadzających się w podłożu. Największe znaczenie, jak mi się zdaje, miała funkcja dzielenia się komórek. W hodowlach zwykle znajdowała się mieszanina rozmaitych postaci zmienionych. Obserwowałem też w ciągu tygodnia mikroskopowo na agarze pod szkiełkiem przykrywkowem nić (ob. rys. 12). Nić ta w dalszym ciągu już się nie rozwijała, ale mogła ona powstać w starej hodowli buljonowej, z której była wzięta, tylko w następujący sposób: po pierwszym podziale komórki powstały dwie komórki siostrzane, z których jedna jest α lub β (ob. rys. 12). Komórka α uległa zmianie morfologicznej i utraciła zdolność dalszego rozwoju. Druga z komórek siostrzanych jeszcze raz się podzieliła i dała komórkę γ i komórkę β lub α. Widzimy tu trzy różne postaci zmienione, które powstały z jednej komórki w jednakowych warunkach. Należy więc przypuszczać, że podział widziany pod mikroskopem jest poprzedzany w protoplazmie nieznanemi nam złożonemi procesami biochemicznemi, które wskutek wytrącenia ich z prawidłowego biegu czynnikami zewnętrznemi powodują różnowartościowość komórek siostrzanych.

Objaśnienie mikrofotografij.

Mikrofot. 1, 3, 4 i 5. Preparaty mazane ze starej hodowli buljonowej, barwione błękitem metyl. Löfflera. Powięk. ok. 1:1000.

Mikrofot. 2. Preparat odciskowy hodowli agarowej, barwiony błękitem metyl. Löfflera. Pow. ok. 1:000.

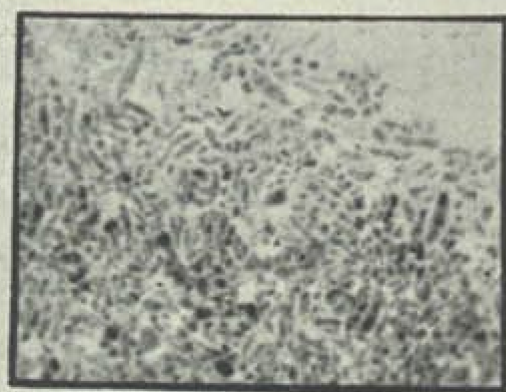
Mikrofot. 6. Siedmiodniowa hodowla na agarze pod szkiełkiem przykrywkowem. Po środku zanikająca duża nić z ziarnami. Pow. ok. 1:1000.

Mikrofot. 7. Posiew ze starej hodowli agarowej na agar pod szkiełkiem przykrywkowem. Postaci krótkie, ziarenkowate Pow. ok. 1:000.

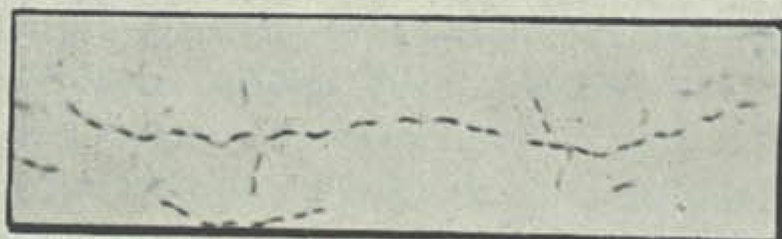
Mikrofot. 8. Ta sama hodowla po 5-ciu godz. Prawidłowe wibrjony Pow. ok. 1:000.



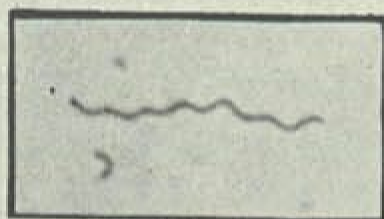
1.



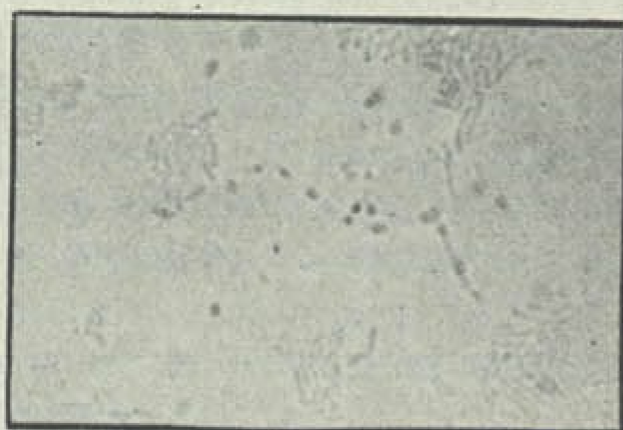
2.



3.



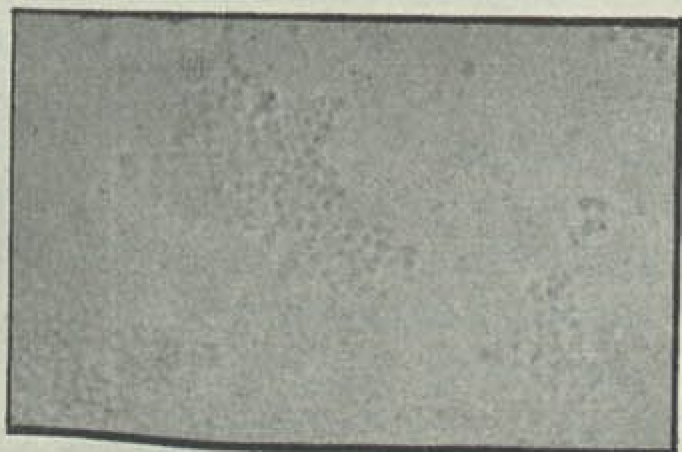
4.



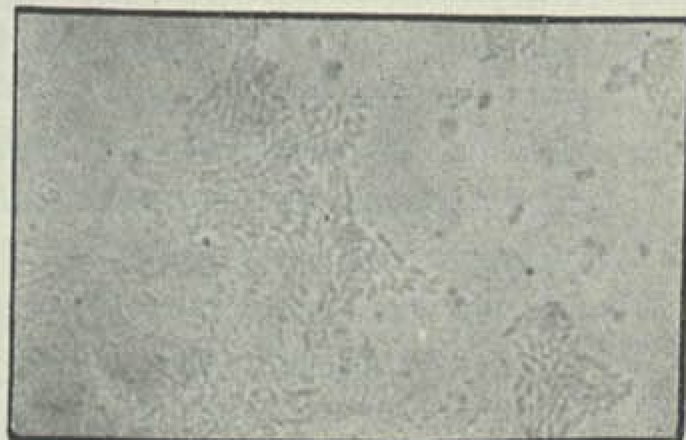
6.



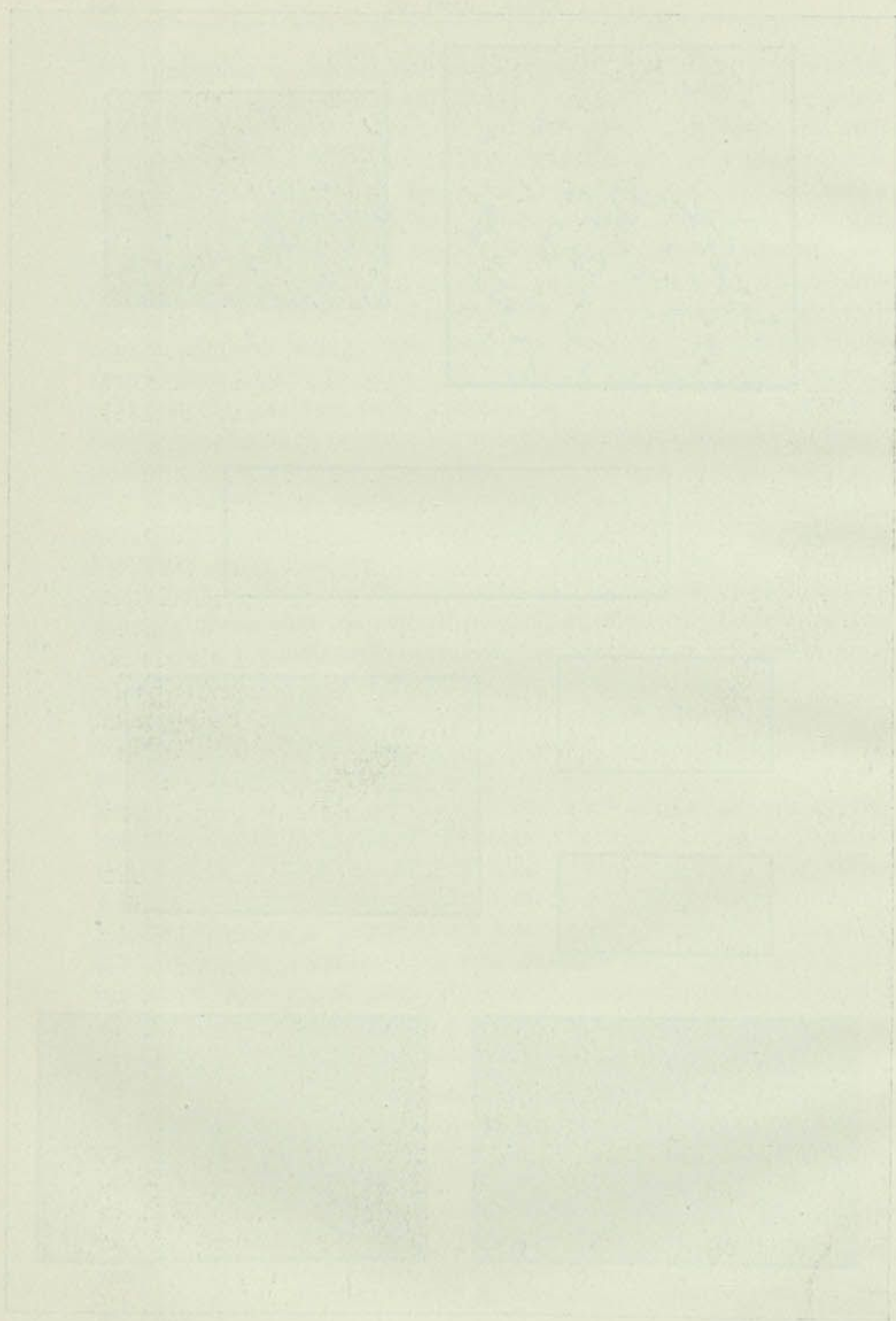
5.



7.



8.



Dr. ADAM ŁAPIŃSKI.

Sur la variabilité morphologique du vibrion cholerique.

Institut de Bactériologie de l'Université de Vilno. Directeur: Prof. Dr. *T. Gryglewicz.*

Résumé.

1. Les obsérvations, faits dans ce travail, concernent les variations morfologiques du vibrion du cholera dans les vieilles cultures en bouillon et sur gélose.

2. L'observation prolongée des cultures en goutte pendante ou sur gélose sous une lamelle nous facilite la constation des diverses transformations.

3. La pluparte des modifications résulte de la dégénerescence qui aboutit à la mort de la cellule. Mais quelques unes de ces modifications sont probablement des formes de résistance qui peuvent garder leur vie dans les vieilles cultures durant quelques mois.

4. J'ai réussi à obtenir une culture pure du vibrion typique à laide de passages successifs sur bouillon et gélose en partant d'une culture sur bouillon âgée de 7 mois désséchée au $^1/_{15}$ de son volume primitif. Cette culture ne révélait à l'examen microscopique aucune forme morphologique. Après avoir porté quelque anses de cette vieille culture dans un bouillon frais on vit paraître dans quelques jours des corpuscules minimes en forme de poire ou de pierre à aiguiser qui après inoculation sur gélose se transformèrent petit à petit en vibrions tipiques.

5. La transformation se produit tantôt subitement tantôt successivement au cours de plusieurs générations.

6. L'apparition des formes morphologiques modifiées dépend probablement et en premier lieu de la déviation pathologique des fonctions vitales des bactéries. La correlation mutuelle de ces fonctions se manifeste dans les cas, ou au dépens d'une fonction, qui s'attenue ou disparaît, augmente une autre, ou parfois apparaît une fonction nouvelle qui existait dans une cellule normale à l'état potentiel. Ces déviations résultent probablement des perturbations dans le méchanisme biochimique des cellules; les perturbations à leur tour peuvent en partie majeure être occasionnées par les troubles de nutrition qui est pour la cellule une source d'énergie et de croissance.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. w Wilnie.
Dyrektor Prof. Dr. Med. *Wł. Jakowicki.*

Dr. JANINA RYLL-NARDZEWSKA
St. Asystentka Kliniki.

Badania krwi na odczyn Wassermanna w Wileńskiej Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. w ostatniem trzechleciu.

Planowa walka z kiłą musi być oparta na danych statystycznych, wskazujących na stopień nasilenia tej sprawy chorobowej w różnych środowiskach.

Dla ustalenia tych liczb najlepiej się nadaje materjał zakładów położniczych, gdyż badanie w tym kierunku wszystkich kolejno zgłaszających się kobiet da w przybliżeniu odsetek ludności zakażonej kiłą. W Niemczech, naprzykład, na podstawie prac tego rodzaju ustalono, że 2,8%—12,1% kobiet jest zakażonych kiłą (Poeck, Gammeltoft, Klaften); znacznie gorzej przedstawia się ta sprawa w Algierze: podług pracy Laffont i Méle wypada, że 27,5% ciężarnych i 20,6% położnic ma kiłę.

Wyniki analogicznych prac polskich autorów są różne. Odsetek kiłowy dla Warszawy podług Popławskiego (z oddziału ginekologicznego Kasy Chorych) wynosi 7,6%, podług Ławrynowicza i Ciosłowskiego 4% — 6%, podług Czyżewicza 9,35%. Fischówna, Keller i Stępowski uzyskali dla Krakowa 2%. Klinika Położniczo-Ginekologiczna U. J. K. we Lwowie na 2446 badań otrzymała wybitnie dodatnich odczynów 3.2%.

Na Huculszczyźnie zaś, endemicznie zakażonej kiłą, na podstawie badań masowych (5240) ustalono, że np. w gminie Dzembroni odsetek kiłowy wynosi 11,7%. Co się tyczy stosunków, panujących na Wileńszczyźnie, to niema dotychczach prac podobnych. Nadmienię tylko, że w r. 1928 ukazała się w druku praca Gelmana z Wilna, który stwierdził kiłę w 176 przypadkach na 591 osób badanych, lecz były to badania dorywcze, przeprowadzone wśród chorych wenerycznych.

Chcąc ustalić wskaźnik kiłowy dla Wilna i okolic, rozpoczęliśmy w r. 1926, badania krwi na odczyn Wassermanna na materjale wileńskiej kliniki położniczo-ginekologicznej. W latach następnych badania te prowadzono systematycznie na oddziale położniczym kliniki, oraz w klinicznej poradni dla ciężarnych.

Chore ambulatoryjne i ginekologiczne badano tylko w przypadkach, podejrzanych o kiłę.

Materjał nasz przedstawia się następująco (tabl. I):

Tabl. I.

Z B A D A N O:			
Położnic	Ciężarnych	Innych chorych	Razem
420	102	57	579

Ogółem wykonano 639 badań na odczyn Wassermanna, w tem 60 powtórnych.

Ta znikomo mała liczba badań powtórnych tłumaczy się w znacznym stopniu niską kulturą miejscowej ludności, poddającej się z niechęcią badaniom tego rodzaju.

Oprócz odczynu Wassermanna z surowicą unieczynnioną, wykonywano próbę z surowicą czynną metodą Bauer-Hechta i odczyn kłaczkujący Sachs-Georgie'go.

Stosowaliśmy antygeny Mc-Intosh'a, Bordet'a i Sachs-Georgie'go z Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

W szeregu przypadków z braku dostatecznej ilości surowicy wykonywano tylko 2, a nawet tylko 1 próbę.

Wszystkie trzy próby (tabl. II) w 407 przypadkach, O. W. i B. H. w 96 przypadkach, O. W. i S.-G. w 63 i sam tylko O. W. w 73 przypadkach. Nadmienię, że z liczby tych 73 badań ani razu nie otrzymaliśmy wyniku dodatniego.

Tabl. II.

W Y K O N A N O P R Ó B Y:			
O. W.—B. H. i S.-G.	O. W. i B. H.	O. W. i S-G.	O. W.
407	96	63	73

Wyniki oznaczano w sposób następujący:

(—) ujemy, $\overset{+1}{(+)}$ słabo dodatni, $\overset{+2}{(+\,+)}$ dodatni, $\overset{+3}{(+\,+\,+)}$ wyraźnie dodatni i $\overset{+4}{(+\,+\,+\,+)}$ wybitnie dodatni.

Nieswoiste odczyny dodatnie w ciąży, połogu, w zimnicy, raku, gruźlicy, jak też w różnych schorzeniach, związanych z zaburzeniami przemiany materji, są zjawiskiem powszechnie znanem (Walter, Lipiński i Balikówna, Sowade, Alkiewicz, Lenczowski). — W tych przypadkach występuje zmiana w układzie kolloidalnym, wzrost globulin strącanych przez lipoidy daje dodatni O. W. Toteż w ocenie wyni-

ków uzyskanych byliśmy bardzo ostrożni. Wynik dodatni uważaliśmy za swoisty tylko w razie odpowiednich danych klinicznych i wywiadów lub też o ile został potwierdzony badaniem powtórnem.

Na początku pracy, wobec znacznych trudności z pobieraniem krwi żylnej u położnic, przejściowo badano krew pozałożyskową. Badań takich wykonano 28. Pomimo szeregu zwolenników (Czyżewicz, Chappar, Fischówna, Keller i Stępowski, Klaften) badania krwi pozałożyskowej, co znacznie ułatwia masowe pobieranie krwi, większość autorów przestrzega przed częstością nieswoistych wyników dodatnich 6,9% — 60,0%.

Oprócz właściwości samej surowicy, zmienionej podczas ciąży, wchodzi w grę zanieczyszczenie elementami łożyska i dróg rodnych (Ławrynowicz i Ciosłowski, Klaften Lipiński i Baiikówna). Nasze nieliczne badania (28) potwierdzają w zupełności wyniniki tych ostatnich.

Na 28 badań krwi pozałożyskowej otrzymaliśmy 9 wyników dodatnich, w tem 6 zahamowań nieswoistych. Wobec tego zaniechaliśmy badania krwi pozałożyskowej i nadal używaliśmy krwi żylnej pobranej naczczo z żyły łokciowej; u położnic pobieraliśmy krew najczęściej w siódmym dniu połogu, w pojedyńczych przypadkach (wszystkie ujemne) w 5 dniu połogu. Wzrastająca chwiejność kolloidów występująca w ciąży narasta aż do porodu, poczem powrót do normy następuje w 4 — 21 dnia połogu (Ławrynowicz i Ciosłowski, Poeck, Fischówna, Keller i Stępowski, Philipp, Müller).

Celem skontrolowania własnych wyników w roku akademickim 1927/28 posyłano krew również do Pracowni Bakterjologicznej Szpitala wojskowego na Antokolu. Tam wykonano zupełnie bezinteresownie 127 równoległych badań krwi na O. W. z surowicą unieczynnioną. Za tę pracę pozwalam sobie na tem miejscu złożyć gorące podziękowanie P. ppłk.-lek. Dr. K. Malanowiczowi, kierownikowi pracowni.

Tabl. III.

W Y N I K I			
Z G O D N E :		N I E Z G O D N E :	
Ujemne	Dodatnie	Klin. — dodatnie Wojsk. — ujemne	Klin. — ujemne Wojsk.—dodatnie
109	6	8	4
Razem: 115 (91%)		Razem: 12 (9%)	

Otrzymaliśmy (tabl. III) wyników zgodnych 115, w tem ujemnych 109, dodatnich 6; niezgodnych 12. Osiągnęliśmy przeto 90,6% wyników zgodnych.

Hirszfeld podaje, że ankieta Ligi Narodów w r. 1923 wykazała absolutną zgodność O. W. w 87,7% przypadków.

Poddając bliższej analizie wyniki niezgodne, widzimy, że dane dotyczące tych chorych przedstawiają się następująco: na 8 dodatnich wyników otrzymanych w naszej klinice, które w pracowni wojskowej wypadły ujemnie (—), w 4 przypadkach chore były podejrzane o kiłę ze względu na wywiady, w 4 zaś pozostałych były to zahamowania nieswoiste; co się zaś tyczy tych 4 wyników dodatnich pracowni wojskowej, które w klinice wypadły ujemnie, to 3 razy były to odczyny dodatnie nieswoiste, w jednym zaś przypadku u ciężarnej, podejrzanej o kiłę wrodzoną, pracownia wojskowa dała (+ + + +), a kliniczna (+) (odczyny słabo dodatnie są traktowane przez nas jako ujemne); przy badaniu powtórnem tej osoby — w połogu otrzymaliśmy wynik ujemny (—), tak O. W. jak i S-G.

Po ustaleniu zadawalającej zgodności wyników, osiągniętych w klinice, z wynikami wojskowej pracowni bakterjologicznej, zaniechano dalszych badań kontrolnych.

Porównując nasze wyniki pod względem zgodności pejedyńczych prób serologicznych, otrzymujemy następujące liczby (Tabl. IV). Wszystkie 3 próby (O. W., B. H. i S-G.) zgodne 364 razy w tem 348 ujemnych i 16 dodatnich; a więc na 407 badań uzyskaliśmy absolutną zgodność wszystkich 3-ch prób w 89,4% przypadków.

Tabl. IV.

Próby serologiczne	WYNIKI ZGODNE:		RAZEM	%	RÓŻNE
	Ujemne	Dodatnie			
O. W. B. H. i S-G. 407 badań	348	16	364	89,4%	43
O. W. i B. H. 496 badań	444	25	469	94,5%	27
O. W. i S-G. 468 badań	414	33	447	95,5%	21

Zastanówmy się teraz nad zachowaniem się O. W. i B. H. z jednej strony i O. W. i S-G. z drugiej.

Większość autorów podkreśla, że w ciąży i połogu Wassermann czynny (B. H.) jest wiecej czuły lecz mniej swoisty niż Wassermann klasyczny (O. W.), (Venulet, Straszyński, Walter, Lipiński i Skulski. Badanie Lipińskiego z Kliniki Krakowskiej wykazały, że Wassermann czynny może rozstrzygać w kile utajonej, jak również w kile świeżej.

O. W. i B. H. równolegle wykonaliśmy w 496 przypadkach, w tem zgodnych 469 (ujemnych 444 i dodatnich 25) co wynosi 94,5% zgodności; Lipiński otrzymał mniejszą zgodność, a mianowicie 89,9%.

B. H. był czulszy 9 razy (1,8%), nieswoisty 17 razy (3,6%) a zatem nie uderza tu ani szczególna czułość, ani nieswoistość odczynu czynnego. Podług innych autorów nieswoistość tego odczynu waha się w granicach 3,4 do 7,7%. (Lipiński i Balikówna i inni).

Porównajmy teraz wynik O. W. i S-G. Te dwie próby równolegle wykonaliśmy w 468 przypadkach, w tem stwierdzono zgodnych 447 (ujemnych 414 i dodatnich 33) — co wynosi 95,5% zgodności. Podług innych autorów 85,2% — 96,4% (Walter, Straszyński).

Odczyn S-G. był czulszy w 1 przypadku, nieswoisty w 7 przypadkach; a więc nieswoisty w 1,4% przypadków, Walter podaje 1,02%. Jak widać z powyższego porównania wyników, otrzymanych za pomocą Wassermanna klasycznego i odczynu kłaczkującego S-G., uzyskanie 95,5% zgodności podkreśla wartość kliniczną odczynu Sachs-Georgi'ego.

Decydującą podstawą naszego rozpoznania serologicznego był wynik klasycznego odczynu Wasermanna, a odczyny B. H. i S.-G. traktowano tylko, zgodnie ze zdaniem wielu autorów, jako pomocnicze sposoby badania, pozwalające nam na równi z wywiadami i stanem klinicznym ustalić rozpoznanie kiły.

Dla większej przejrzystości dalszych zestawień, otrzymane wyniki wyodrębniliśmy w 2 grupy: wyniki ujemne (— i + 1) i dodatnie (+ 2, + 3, + 4).

Jak zaznaczyliśmy na wstępie, w założeniu pracy niniejszej chodziło nam o ustalenie wskaźnika kiłowego dla m. Wilna i okolic, uwzględniając przeto wyłącznie materjał zasadniczy tej pracy, t. j. badania krwi położnic (420) i ciężarnych (94), kolejno zgłaszających się do kliniki, otrzymamy wyniki następujące (Tabl. V).

Tabl. V.

Ogólna liczba badań kolejnych = 514				
W TEM:	Kiła z objaw.	Kiła utajona	Zahamowania nieswoiste	Ujemne
94 ciężarne	—	7	8	79
420 położnic	1	17	22	380
Razem dodatnich : 25 (4,8%)			Nieswoistych 30 (5,8%)	

Na 514 badań odczyn dodatni wystąpił 55 razy (10,6%), odczyn ujemny 459 razy. Na 55 wyników dodatnich mamy wyników swoistych 25, co stanowi 4,8% i zahamowań nieswoistych 30, co stanowi 5,8%.

A więc wskaźnik kiłowy dla m. Wilna wynosi 4,8%.

Liczni autorowie (Czyżewicz, Gammeltoft, Laffont, Poeck, Kiene i Mahnert Müller, Fischówna, Keller i Stępowski) podkreślają, że ciąża i połóg są okresem, kiedy utajona kiła najłatwiej daje się wykryć zapomocą metod serologicznych, ale w ocenie wyników trzeba być ostrożnym, gdyż te stany często dają odczyny dodatnie nieswoiste (3,9% — 10,0%).

Nasze wyniki potwierdzają to w zupełności.

Otrzymaliśmy u położnic (420) wyników dodatnich 18 (4,3%) w tem 4% kiły utajonej; zahamowania nieswoiste 22 razy (5,2%); u 2-ch położnic odczyny słabo dodatnie potraktowaliśmy jako dodatnie swoiste (kiła utajona).

U ciężarnych (94) wyników dodatnich — 7, wszystko kiła utajona, t. j. 7,4% i 8 odczynów dodatnich nieswoistych co stanowi 8,5% Mieliśmy więc na 514 kolejno zbadanych osób 25 z odczynem dodatnim, odsetek równy 4,8%, w tem kiły utajonej 24 (4,7%), (Czyżewicz 8,8%), a więc nasze kiłowe chore (25) z 1 wyjątkiem mają kiłę utajoną, którą się udało wykryć w okresie ciąży czy połogu.

Te wyniki wskazują jak doniosłą rolę mogą odegrać racjonalnie prowadzone poradnie dla ciężarnych.

Bezwzględnie u każdej ciężarnej musi być przeprowadzone badanie krwi na odczyn Wassermanna i to możliwie wcześnie. W pierwszych 5-ciu miesiącach ciąży O. W. prawie zawsze jest swoisty (Phi-

lipp). Ciąża, jako prowokacja dodatniego odczynu kiłowego swoistego ułatwia wykrycie tego cierpienia, co jest ważne ze względu na matkę, a przedewszystkiem na dziecko.

Okres czynności rozrodczej, w którym się udaje wykryć sprawę kiłową utajoną, musi być należycie wyzyskany dla prowadzenia walki z tem cierpieniem.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie nasze badania, wliczając w to i chore ginekologiczne, badane z powodu podejrzenia o kiłę, to uzyskane wyniki są mniej pomyślne.

Ogółem zbadano 579 osób, w tem wyników dodatnich 36 (wliczając w to 2 słabo dodatnie), co stanowi 6,2%. Wyniki słabo dodatnie, jak już wyżej zaznaczono, przy ogólnem zestawieniu wliczyliśmy do wyników ujemnych, gdyż 35 razy na 37 wyników słabo dodatnich są to słabe zahamowania nieswoiste przeważnie u położnic. Co się tyczy wyników z wyraźnem zahamowaniem hemolizy, to na 34 wyniki dodatnie swoiste, mieliśmy 9 zahamowań nieswoistych, t. j. 1,5% (na 579 badań).

Teraz zatrzymajmy się nad temi przypadkami z O. W. ujemnym, gdzie można było podejrzewać kiłę, było ich ogółem 6. U tych chorych wywiady (płody zmacerowane, martwe), wzgl. stan obecny nasuwały podejrzenie co do kiły, w 3 przypadkach powtórne badanie krwi wypadło ujemnie, 3 inne chore nie zgłosiły się do badania.

Ciekawe są 2 ujemne badania na O. W. krwi pępowinowej. U jednego niedonoszonego noworodka (żył 2 dni) obraz anatomopatalogiczny wskazuje na kiłę; matka jego miała wszystkie 3 odczyny ujemne (O. W., B. H. i S.-G.). Większość autorów podkreśla, że u chorych na kiłę noworodków dodatni O. W. występuje dopiero w 1—3 miesiącu życia. Drugi ciekawy przypadek dotyczy noworodka też niedonoszonego, u którego też O. W. dał (—), u matki zaś, $(+ + \overset{+\,4}{+} +)$ wrzód twardy przed 2 miesiącami.

Co się tyczy tych 9 matek, które urodziły płody zmacerowane, to tylko u 6 stwierdzono dodatni O. W., u 3 był O. W. ujemny.

To też słusznym wydaje się pogląd autorów (Klaften), polecających stosowanie leczenia swoistego u tych matek z ujemnym O. W. które rodziły kilkakrotnie dzieci zmacerowane, jak to miało miejsce u jednej z naszych położnic.

Ciekawy też jest 1 przypadek pewnej kiły, w którym w ciąży O. W. wypadł ujemnie, a w połogu dodatnio, co następnie potwierdziły wywiady.

Zestawiając wyniki naszej pracy, dochodzimy do następujących wniosków:

I. Materjał kiłowy naszej kliniki na 514 kolejno zbadanych położnic i ciężarnych wynosi 4,8%, z wyjątkiem 1 przypadku jest to kiła utajona. (Zahamowań nieswoistych otrzymaliśmy 5,8%).

II. Łatwość wykrywania kiły utajonej u ciężarnych i położnic podkreśla potrzebę systematycznego badania krwi w zakładach położniczych, zwłaszcza w poradniach dla ciężarnych.

Ważne to jest szczególnie ze względu na los potomstwa.

III. Obok odczynu Wassermanna klasycznego, należy równolegle wykonywać inne próby serologiczne. Duże usługi oddaje odczyn Wassermanna czynny metodą Bauer-Hechta, a z odczynów kłaczkujących odczyn Sachs-Georgi'ego.

Piśmiennictwo.

1) Alkiewicz — Ewolucja poglądów o istocie antygenu w reakcji Wassermanna. — Nowiny Lekarskie. 1928. Nr. 18. 2) Ciosłowski i Ławrynowicz — Wartość praktyczna odczynów serologicznych kiłowych u położnic, łącznie ze sprawą wykorzystania ich do celów organizacji walki z kiłą wrodzoną Nowiny Lekarskie. 1928. Nr. 10. 3) Chappar — Études de sérologie comparative entre le sang du cordon et le sang rétroplacentaire. — Gynéc. et Obst. 1928. T. XVII. Nr. 4. 4) A. Czyżewicz — Znaczenie kiły utajonej dla położnictwa — Ginek. Polska. 1929. T. VIII. Zesz. 7/9. 5) Fischówna, Keller i Stępowski — Porównawcze badania nad odczynem Wassermanna i Meinicke'go u płodu oraz w różnych okresach porodu i połogu. — Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 37. 6) Gammeltoft — Die kongenitale Lues und ihre Bedeutung für das Kind. — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1927. T. 75. Zesz. 4/5. 7) Gąsiorowski – Dotychczasowe wyniki masowego badania serologicznego na Huculszczyźnie, endemicznie zakażonej kiłą. — Pol. Gaz. Lek. 1929. Nr. 2. 8) Gelman — Badanie serodjagnostyczne na kiłę według metody Wassermanna i Meinicke'go (M. T. R.). — Warsz. Czasop. Lek. 1928. Nr. 32. 9) Hescheles — Walka z kiłą wrodzoną. — Pol. Gaz. Lek. 1929. Nr. 27. 10) Hirszfeld — Stan współczesny serodjagnostyki kiły. — Medyc. Dośw. i Społ. 1924. T. II. Str. 403. 11) Kiene i Mahnert — Der Nachweis mütterlicher und kongenitaler Lues. — Zntrbl. f. Gyn. 1926. Nr. 46. 12) Klaften — Die Geburtsleitung bei syphilitischen Frauen und die Methodik der Syphilisbekämpfung. — Zntrbl. f. Gyn. 1924. Nr. 35. 13) Klaften — Die Prinzipien der antisyphilitischen Behandlung der Schwangeren. – Arch. f. Gyn. 1929, str. 620. 14) Laffont et Méle — Contribution a l'étude de la réaction de Bordet-Wassermann chez la femme enceinte. — Gyn. et Obst. 1928. T. XVII. Nr. 4. 15) Lenczowski — Przebieg porodu i połogu u chorych kiłowych. — Pol. Gaz. Lek. 1929. Nr. 31. 16) Lipiński i Skulska — Badania porównawcze nad odczynem Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną. — Med. Dośw. i Społ. 1925. T. V. Zesz. 5/6. 17) Lipiński i Balikówna — Odczyn Wassermanna z surowicą czynną i unieczynnioną, a odczyn Meinickego. (M. T. R.)— Pol. Gaz. Lek. 1929. Nr. 4. 18) Ławrynowicz i Ciosłowski — Odczyny serologiczne kiłowe u położnic. — Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 16. 19) Müller —

Die Wirkung der Lues der Mutter auf das Kind. — Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1927. T. 76. Zesz. 3. 20) Philipp — Die Diagnose der Lues bei Mutter und Kind. — Zentrbl. f. Gyn. 1928. Nr. 7. 21) Poeck — Wassermann'sche Reaktion und Gestationsperiode. — Zntbl. f. Gyn. 1927. Nr. 40. 22) Popławski — Ginekologja Polska. 1925, str. 635. 23) Raschhofer — Archiv f. Gyn. T. 129. Zesz. 3. 24) Sowade — Niebezpieczeństwo częściowego odczynu krwi u chorych na kiłę i zdrowych D. m. W. Nr. 4. 1929. 25) Straszyński — O znaczeniu chwiejności kolloidalnej ciał białkowych krwi w odczynach serologicznych. — Med. Dośw. i Społ. 1924. T. III, str. 161. 26) Walter — Serologja kiły — Przegląd Dermatolog. 1925. Nr. 2. 27) Zborowski — Sprawa kiły w położnictwie. Pam. XII Zjazdu Lek. i Przyr. Pol. 1925. T. II. Str. 192. 28) Żuralski — Rozpoznawanie kiły wrodzonej u noworodków podczas porodu. — Ginek. Pol. 1927. T. VI. Zesz. 7/9.

De la Clinique gynécologique et obstétrique de l'Université St. Batory à Wilno.
(Directeur Prof. D-r W. Jakowicki).

Sur les recherches de la réaction de Wassermann dans le sang des malades à la Clinique Gynécologique et Obstétrique de l'Université St. Batory de Wilno pendant les trois dernières années.

par D-r J. RYLL-NARDZEWSKA
assistant à la Clinique.

Nous avons étudié la réaction de Wassermann dans le sang chez 514 femmes enceintes et accouchées, qui se sont adressées dans le cours des trois dernières années à la Clinique Obstétrique et Gynécologique.

Outre la réaction de Wassermann classique, nous avons employé le procédé de Bauer-Hecht et la réaction de Sachs-Georgie.

Les femmes examinées ont donné une réaction de Wassermann positive (25) en 4,8%; la syphilis occulte s'est montrée 24 fsis. La réaction positive non spécifique a été obtenue dans 5,8% de cas.

La facilité à découvrir la syphilis occulte pendant l'état de gestation, prouve la nécessité de l'étude systématique du sang dans les établissements obstétriques et surtout dans les ambulances pour les enceintes.

Le procédé de Bauer-Hecht et la réaction de Sachs-Georgie rendent de grands services dans le séro-diagnostic de la syphilis.

Prof. JAN SZMURŁO (Wilno).

Z kazuistyki błędów rozpoznawczych w dziedzinie schorzeń mózgowych w związku z cierpieniami uszu i nosa.

Z kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. *Jan Szmurło.*

Odczyt wygłoszony w Wileńskiem T-wie Lekarskiem 29.XI 1929 roku.

Błędy rozpoznawcze — któż z nas ich nie popełnia. Stara łacińska maksyma głosi: errare humanum est, — służąc na usprawiedliwienie wszelkich ludzkich błędów i omyłek, a w tej liczbie również błędów i omyłek lekarskich.

Do błędów swych zazwyczaj nie lubimy się jednak przyznawać, a co gorsza, słysząc o cudzych błędach często mamy przekonanie, że sami nigdy podobnego błędu nie popełnilibyśmy. Niestety, życie— surowy nauczyciel, nieraz daje nam gorzką nauczkę i każe popełniać błąd jeszcze większy, jeszcze mniej usprawiedliwiony. Quod hodie mihi, cras tibi.

Jeżeli spójrzeć na błędy diagnostyczne z szerszego punktu widzenia, to musimy im przyznać ogromne znaczenie. One pouczają nas, jak należało w danym przypadku oceniać objawy przez nas spostrzegane i dają nam w ten sposób wskazówki na przyszłość. Dokładna analiza podobnych przypadków powinna być zawsze szczegółowo i wszechstronnie przeprowadzona. Wtedy dla nauki wyniknie z nich prawdziwa korzyść. W zrozumieniu tego faktu oddawna i wszędzie zwracano uwagę na konieczność dokonywaina badań pośmiertnych, gdyż one dopiero wyjaśniają nam stan narządów podczas choroby. Rozbiór zwłok daje prawdziwą odpowiedź, czy rozpoznanie nasze było prawdziwe, a raczej wskazuje, jak często bywa ono błędne. Autopsja uczy nas skromności, wykazując niejednokrotnie, że nieomylnymi diagnostami są tylko ci klinicyści, co się obchodzą bez sekcyj pośmiertnych. Ażeby jednak nauka, wyciągana z błędnych rozpoznań, była jak największa, należałoby częściej takie przypadki ogłaszać. Analiza podobnego przypadku daje nieraz daleko więcej, aniżeli dziesiątki przypadków dobrze rozpoznanych i należycie leczonych.

Takie myśli stały się punktem wyjścia dzisiejszego odczytu. Na terenie naszego Towarzystwa myśli te oddawna znalazły swój wyraz w propozycji ś.p. D-ra Ludwika Czarkowskiego, ażeby na posiedze-

niach T-wa kazuistyka przypadków z błędami rozpoznawczemi była jak najszerzej uwzględniana ze względu na ich doniosłe znaczenie pedagogiczne i naukowe. Propozycja D-ra Czarkowskiego nie znalazła jednak oddźwięku pośród członków T-wa, czego dowodem, że odczyt taki tylko raz został wygłoszony przez Dr Wirszubskiego—neurologa. Czyżby koledzy z innych działów medycyny byli nieomylni? Nie sądzę. Zdaje się, że przemawia przez nich brak odwagi cywilnej, obawa ażeby się nie okazać gorszymi od innych. Ażeby ich zachęcić do takiej samoanalizy, pozwalam sobie zająć uwagę T-wa przypadkami, w których w naszej klinice zostały popełnione omyłki rozpoznawcze.

Przypadki takie zdarzają się przeważnie w sferze pogranicza chorób usznonosowych i mózgowych. Dziedzina chorób mózgowych oddawna znana jest jako pełna zagadek: pomimo ogromnych postępów w zakresie diagnostyki, pomimo zastosowania wszelkich nowoczesnych metod badania, jak prześwietlanie mózgowia, z zastrzykiwaniem i bez zastrzykiwania do kanału mózgowo rdzeniowego i do komór mózgowych lipjodolu, badania płynu mózgowo rdzeniowego i innych sposobów badania, dotychczas nie udaje się należycie jej wyświetlić. Dotychczas niemal w całej pełni pozostaje słuszne zdanie, wypowiedziane o mózgu, jego budowie i chorobach przez lekarzy średniowiecza: „structura obscura, obscuriores morbi, functiones obscurissimae". W istocie, pomimo ustalenia szeregiem prac najwybitniejszych histologów i fizjologów najważniejszych lokalizacyj w mózgu najróżnorodniejszych czynności ustroju, wyłania się na widownię znowu sprawa tych lokalizacyj. Powstaje nowa hipoteza, że wszystkie ustalone lokalizacje są tylko złudzeniami, odblaskiem rzeczywistości, że w każdej czynności, w każdym przejawie życia bierze udział cały mózg. Pomimo najdokładniejszego zbadania przebiegu setek pęczków włókien nerwowych, wciąż jeszcze wynurzają się niezliczone wątpliwości rozpoznawcze, spowodowane tem, że różne włókna krzyżują się w różnych miejscach, powodując zjawienie wzajemne się wyłączających objawów. Jeżeli dodać do tego, że oprócz objawów ogniskowych, zależnych od zajęcia pewnych ośrodków mózgowych oraz przecięcia pewnych dróg nerwowych, wchodzą w grę objawy, zależne od zjawisk wtórnych, jak powstanie wodogłowia (którego wpływ nie na wszystkie okolice jest jednakowy i daje szereg objawów zarówno ogólnych jak i miejscowych), jak drobne wynaczynienia i t. p., to z łatwością zrozumiemy możliwość omyłek rozpoznawczych w dziedzinie chorób mózgowych. Coprawda w wielu

razach sprawę wyjaśniają objawy ze strony narządu słuchowego i nosa, w innych natomiast wypadkach objawy te jeszcze bardziej zaciemniają obraz chorobowy i jeszcze więcej przyczyniają się do mylnego rozpoznania. W pewnych przypadkach na scenę występuje jeden tylko objaw dominujący, który można objaśnić zmianami daleko poza mózgiem umiejscowionemi, objaw, który pod wpływem leczenia ustępuje na okres mniej lub więcej długi, i nagle następuje niezrozumiała, niczem dla nas nieusprawiedliwiona katastrofa, a sekcja zwłok daje dopiero nieoczekiwane wyjaśnienie nieraz nagłego zgonu.

Dowodem tego posłużyć może następujące spostrzeżenie.

Przypadek I. W maju 1926 r. została do kliniki skierowana przez Klinikę Wewnętrzną U. S. B. p. D-czówna, lat 23 licząca, cierpiąca na nadzwyczaj silne bóle głowy, które doprowadzały ją do rozpaczy i nasuwały jej nawet myśli samobójcze. Bóle te chora umiejscowiała w okolicy czołowej oraz ciemieniowej, niekiedy gdzieś w głębi oka. Badanie nosa wykazało u chorej dość znaczne skrzywienie przegrody po stronie lewej, skrzywienie to uciskało nieco małżowinę środkową. Ze strony jamy nosowogardłowej, ani ze strony uszu najmniejszych zmian chorobowych nie stwierdziłem. Ponieważ Klinika Wewnętrzna nie znajdowała ze swej strony żadnych powodów do wyjaśnienia owych bólów, ponieważ — poza wyżej wspomnianemi zmianami w nosie — nigdzie nie znajdowałem powodów do ich wyjaśnienia, przypuściłem, że właśnie owo skrzywienie mogło być powodem podrażnienia gałązek nerwowych muszli środkowej i przegrody, pochodzących od drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, a nawet być może i zwoju klinowopodniebiennego. W tym czasie sprawa bólu głowy, powstałego na tle podrażnienia tego zwoju, dzięki pracom znakomitego otolaryngologa amerykańskiego Sludera, była na porządku dziennym. Ażeby się przekonać, czy przypuszczenia moje były słuszne, postanowiłem zrobić następującą próbę: po dokładnem znieczuleniu nosa roztworem kokainy postarałem się zapomocą długiego wziernika Killiana odsunąć małżowinę środkową od przegrody, co mi się dość łatwo udało, następnie, w myśl wskazań Sludera, zakokainowałem dość energicznie koniec tylny małżowiny środkowej i okolicę poza nim, (tak zwany uchyłek klinowositowy), t. j. miejsce odpowiadające położeniu pomienionego zwoju. Ten prosty zabieg dał wynik zgoła przezemnie nie oczekiwany. Nazajutrz chora zjawiła się w klinice rozpromieniona i oznajmiła mi, że całą noc spała bez najmniejszych bólów głowy, dziś również czuje się doskonale. Wtedy postanowiłem zastosować w całości metodę leczniczą Sludera:

przypalenie okolicy zwoju klinowopodniebiennego 50% roztworem lapisu po uprzedniem znieczuleniu kokainą. Chora zniosła zabieg bardzo dobrze; bóle głowy na kilka dni ustąpiły zupełnie, poczem jednak powtórzyły się znowu. Wtedy zabieg ponowiłem. Chora po zabiegu czuła się zupełnie dobrze, lecz wkrótce znikła mi z oczu. Chorą ujrzałem ponownie w klinice w roku 1927-ym jesienią. Z opowiadań chorej dowiedziałem się, że bóle głowy po moich zabiegach ustąpiły zupełnie na okres czasu przeszło półroczny, potem poczęły występować znowu, chociaż znacznie słabsze niż przed tem. W ostatnich czasach natężenie ich znowu znacznie się wzmogło, a towarzyszące im wymioty tak chorą wycieńczyły, że pracować nie może, a nawet trudno jej chodzić i wogóle czemkolwiek się zajmować. Bóle trwają bez przerwy nieraz przez całą dobę, wskutek tego chora nie spi, straciła chęć do jedzenia. Poza tem żadnych innych chorób nie przechodziła. Badanie przedmiotowe chorej w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie wykryło. Nos: Błona śluzowa bez zmian, skrzywienie przegrody po stronie lewej, przeważnie w części chrząstkowej. Gardło blade z osłabioną wrażliwością na dotyk, co stwierdzadzaliśmy również w nosie. Uszy i krtań bez zmian. Przypuszczając, że mamy do czynienia z powtórzeniem się neuralgji zwoju klinowopodniebiennego u osoby wogóle bardzo nerwowej, początkowo zastosowaliśmy dawną terapję: a więc znieczulenie okolicy tylnego końca małżowiny środkowej i poza nim, a następnie przypalenie 50%-m roztworem lapisu. W istocie bóle z początku ustąpiły, ale następnego dnia powtórzyły się z dawną siłą. Wówczas zastosowaliśmy galwanizację głowy: anodę na potylicę, katodę na czoło. Po galwanizacji chora od razu poczuła się dobrze, bóle ustąpiły i nie występowały w ciągu całego dnia, noc chora spędziła spokojnie. Przypuszczając, że punktem wyjścia bólów głowy jest skrzywienie, przegrody uciskające na przedni koniec małżowiny środkowej, postanowiłem przegrodę wyprostować zapomocą operacji podśluzowej, co zostało uskutecznione w kilka dni po przybyciu chorej do kliniki. W ciągu pierwszych dni w dalszym ciągu stosowaliśmy galwanizację, która sprawiała chorej widoczną ulgę: na bóle przestała się skarżyć, odczuwała tylko ciężkość w głowie, wymioty ustały. Operacji dokonano w znieczuleniu miejscowem, przyczem usunięto zarówno skrzywienie w części chrząstkowej, jak i kostnej.

Po operacji chora czuła się nieźle, bólów głowy nie było, spała dobrze. Na 11-ty dzień wystąpiły bóle w lewem uchu, przyczem bł. bębenkowa okazała się przekrwioną i zgrubiałą, w jamie bębenko-

wej stwierdzono wysięk. Dokonano przekłucia bł. bębenkowej. Następnego dnia pokazała się śluzoworopna wydzielina, w ropie znaleziono dwoinki i krótkie łańcuszki, ciepłota, która przedtem podniosła się do 38,4 C., spadła do 37,6, samopoczucie chorej było dobre.

Od tego czasu w ciągu 5-u dni chora bólów ani w uchu, ani w głowie nie odczuwała. Ze strony ucha wyraźna poprawa, wydzielina powoli ustąpiła, bł. bębenkowa poczęła nabierać wyglądu normalnego. Na 6-ty dzień od samego rana wystąpiły bardzo silne bóle głowy, zjawiły się wymioty. Po galwanizacji bóle ustąpiły na kilka godzin, wymioty także się nie powtórzyły. Wieczorem około 7-ej godziny podczas ożywionej rozmowy chora nagle dostała b. silnego bólu głowy, wystąpił oddech przerywany, a w kilka minut potem zmarła przy objawach porażenia ośrodka oddechowego.

Badanie zwłok pośmiertne wykazało: słabą, delikatną budowę ogólną, powiększenie grasicy, wybitne zgrubienie kości czaszki, ostry obrzęk mózgu w stopniu umiarkowanym, na *dnie czwartej komory wysięk w postaci żółtawej masy galaretowatej*. Pozostałe części mózgu bez zmian. Badanie histologiczne tkanki mózgowej z dna czwartej komory, gdzie się znajdowała owa masa galaretowata, wykazało *zmiany zapalne w naczyniach i drobnokomórkowe nacieczenie w ich sąsiedztwie*.

W ten sposób u osoby młodej bez żadnych wyraźnych przyczyn na dnie komory czwartej poczęła się rozwijać sprawa zapalna w naczyniach, która widocznie powodowała upośledzenie odżywiania tkanki mózgowej, co ze swej strony wywoływało według wszelkiego prawdopodobieństwa podrażnienie ośrodka wymiotnego, tu umiejscowionego; być może również uległ podrażnieniu jeden z ośrodków nerwu trójdzielnego, stąd owe uporczywe bóle głowy. Być może, że te ostatnie były wywoływane jeszcze ogólną niedokrwistością, a wreszcie i podrażnieniem ze strony uciskającej przegrody na małżowinę środkową, co dało napady neuralgiczne, które pod wpływem leczenia wewnątrznosowego ustępowały, dopóki zmiany w naczyniach były jeszcze tak nieznaczne, że pod wpływem bodźców psychicznych, oraz odruchów po zabiegach wewnątrznosowych mogły poprawić utrudniony dopływ krwi do ośrodków na dnie 4-ej komory. Kiedy wszakże zmiany w krwiobiegu zaszły zadaleko, kiedy rozwinęła się stała niedokrwistość ośrodków w mózgu przedłużonym, wtedy oddziaływanie psychiczne, czy to w postaci zabiegu na przegrodzie, czy też w postaci galwanizacj wywierały wpływ krótki, przemijający. Wreszcie w pewnej chwili naczynia uległy może raptownie chwilowemu

zamknięciu, nastąpiła ostra niedokrwistość ośrodka oddechowego, jego porażenie, zakończone śmiercią nagłą. Takie objaśnienie nasuwa mi się, kiedy rozmyślam o tym przypadku. Błąd popełniony w mojem rozpoznaniu miał źródło w wynikach pierwszego zabiegu, któ\ry mi dał tak pomyślną i długotrwałą poprawę i który kazał mi postawić rozpoznanie *neuralgji zwoju klinowopodniebiennego u osoby z wybitnemi cechami histerycznemi*. Późniejszy obraz chorobowy zaciemniły powikłania w postaci krwawienia z nosa, a następnie ropnego zapalenia ucha środkowego, które same przez się przedstawiały dosyć danych, usprawiedliwiających wystąpienie wzmożonych i długotrwałych bólów głowy:

W innych przypadkach, jakie dalej podaję, obraz chorobowy nie jest tak uproszczony jak w pierwszym. Na scenę występuje tu szereg objawów ogólnych i ogniskowych, wreszcie t. zw. objawów „z sąsiedztwa"; objawy te przedstawiają splot tak niejasny, objawy „z sąsiedztwa" wikłają się z ogniskowemi, podrażnieniowe z porażennemi, że z tego labiryntu objawów bardzo trudno jest ustalić, które z nich decydują o charakterze sprawy chorobowej. W tych warunkach można ustalić zasadniczo, z jakiem cierpieniem mamy do czynienia; jeżeli o guz chodzi, to nawet zgruba określić, gdzie się on znajduje, ale próby dokładnej lokalizacji bardzo często w zupełności zawodzą. Przykładem może posłużyć przypadek, spostrzegany przeze mnie w roku 1928. i opisany w Polskiej Gazecie Lekarskiej (Nr. 37, 38).

Przypadek II. U chorego rolnika lat 23-ch, przed 6-ciu tygodniami wystąpiły mocne bóle głowy, których natężenie stopniowo wzrastało. Przedtem chory był zupełnie zdrów, na nic nie chorował, przymiotu nie przebywał, nie upijał się.. Chory robi wrażenie, jak gdyby znajdował się w stanie lekkiego zamroczenia, na pytanie odpowiada logicznie, wyraźnie, ale wolno, ciągle mruży lewe oko, skarży się na podwójne widzenie, stoi niepewnie, chwieje się zlekka, chodzi również niepewnie. Tętno 70, ciepłota normalna, w gardle i krtani lekkie objawy nieżytowe. Słuch: w lewem uchu szept ad concham, w prawem—4 metry. Bł. bębenkowa wciągnięta zmętniała po obu stronach. Dolna granica po lewej stronie podwyższona. Przewodnictwo kostne z lewej strony zniesione. Próba cieplna po obu stronach wykazała słaby odczyn. Oczopląs samoistny II-go stopnia w stronę prawą. Dno oka wykazało tarczę zastoinową z wylewami krwawemi i wysiękowemi ogniskami; lewy kąt ust opuszczony, fałd nosowowargowy zgładzony, odruchy kolanowe, ze ścięgna Achillesa,

brzuszne osłabione, również osłabione są odruchy śluzówkowe. Po kilku dniach chory zmarł w klinice, przyczem ostatniego dnia obok powyższych objawów były wymioty, tętno 56, oddech w ostatnich chwilach był typu Cheyne - Stokesa, przytem znikł zupełnie, kiedy tętno długo jeszcze dawało się wyczuwać. Na podstawie spostrzeganych objawów postawiłem rozpoznanie *guza kąta móżdżkowomostowego*, opierając się na objawach ogólnych bólów głowy, wymiotów i tarczy zastoinowej, przemawiających za guzem, oraz na objawach ze strony lewego ucha (znaczne osłabienie słuchu w lewem uchu, zniesienie przewodnictwa kostnego po stronie lewej, oczopląs samoistny drugiego stopnia w stronę prawą), wreszcie na objawach porażennych ze strony lewego nerwu twarzowego (dolna gałąź). Tymczasem badanie zwłok, dokonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B. wykazało: obrzęk mózgu, wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne rozszerzenie komór I, II, III, wylew krwawy w komorach bocznych, *zatkanie wodociągu Sylviusza, wreszcie guz wielkości wiśni, wychodzący z bocznej prawej ściany wodociągu Sylviusza.* W ten sposób rozpoznając prawidłowo obecność guza, mylnie określiłem jego umiejscowienie. Wprowadzony zostałem w błąd objawami słuchowemi i statycznemi, które wyraźnie wskazywały na udział w cierpieniu nerwu słuchowego, oraz do pewnego stopnia i nerwu twarzowego. Objawom ze strony oka, które w danym przypadku miały znaczenie decydujące nadałem znaczenie objawów drugorzędnych, z sąsiedztwa, natomiast objawom drugorzędnym, aczkolwiek bardzo wyraźnym, nadałem znaczenie pierwszorzędne. Stąd powstał mój błąd rozpoznawczy, sądzę wszakże, że wraz ze mną błąd ten popełniłoby wielu zarówno otolaryngologów jak i neurologów. Przynajmniej zaproszony przezemnie na konsultację neurolog w zupełności moje rozpoznanie podzielał.

Bardzo ważnym pomocniczym środkiem w rozwiązaniu zagadnienia, z jaką sprawą chorobową i gdzie umiejscowioną mamy do czynienia, służy nieraz badanie zapomocą röntgenografji. W wielu razach zdjęcie takie wyjaśniło umiejscowienie cierpienia i z tego względu w rozpoznawaniu cierpień mózgu zwłaszcza nowotworów odgrywa niepoślednią rolę. Jednakże w niektórych przypadkach, dając obraz niejasny przy niejasnych objawach ogniskowych i z sąsiedztwa, może wpływać na fałszywe postawienie rozpoznania, czego dowodem może służyć następujący przypadek.

Przypadek III. Chory, młodzieniec lat 17-tu, po przebytej przed 4-ma miesiącami chorobie gorączkowej, trwającej około tygo-

dnia, począł doznawać silnych bólów głowy w okolicy czołowej. Przedtem wcale nie chorował, pije czasem w święta niewiele, trochę pali. Budowa prawidłowa, wysoki, mocno zbudowany. Tętno 104 dość miękkie. Narządy wewnętrzne normalne. Chory jest apatyczny, na pytania odpowiada logicznie, chodzi, szeroko rozstawiając nogi, omijanie przy próbie dotykania końca nosa palcem prawej ręki. Objaw Babińskiego i Oppenheima obecne po stronie prawej; wszystkie odruchy: na światło, akkomodację, śluzówkowe, ścięgnowe, skórne są zachowane, lecz osłabione.

Nos: ropna wydzielina po prawej stronie na stropie i w prawem nozdrzu tylnem, jamy nosowe przeświecają normalnie z wyjątkiem prawej czołowej, która przedstawia lekkie zaciemnienie. Gardło i krtań normalne; chory nie odróżnia smaku słonego, kwaśnego i słodkiego. Uszy: błona bębenkowa z obu stron nieco zmętniała, słuch osłabiony do 3-ch metrów dla szeptu po obu stronach. Nystagmus horizontalis 1 st. w obie strony, próby obrotowa i cieplna z obu stron wybitnie zaznaczone. Objaw Romberga wyraźny, lewa ręka zbacza w lewo, przy podnoszeniu rąk do góry prawa ręka podnosi się wyżej. Przy krańcowych ruchach oczu występuje oczopląs poziomy, przyczem gałki oczne nie dochodzą do kąta powiek, ruchy na dół są prawidłowe, natomiast przy spójrzeniu do góry występuje ograniczenie ruchów i oczopląs pionowy. Źrenice są rozszerzone (6 mlm), oddziaływanie na światło i akkomodację zachowane, lecz ograniczone. Dno oka: obustronnie granice nerwu ocznego zatarte, tarcza obrzękła, żyły rozszerzone, wybroczyny. Visus — palce na 6 mtr.

Dokonane więc badanie wykazało, że mamy do czynienia z chorym, u którego wystąpiły wybitne objawy mózgowe natury ogólnej, jak bóle głowy, upośledzenie chodu, zaburzenia wzrokowe, — wskazujące, że chodzi tu o sprawę nowotworową o niepewnem umiejscowieniu. Chód niepewny, zbaczanie, omijanie, nystagmus wskazywały, że umiejscowienie sprawy chorobowej prawdopodobnie dotyczy móżdzku. Natomiast objawy ze strony oczu, sztywność mięśni, zauważona przez neurologa, kazały poszukiwać ogniska choroby w okolicy corpus mamillare, albo siodła tureckiego.

Podczas pobytu w klinice u chorego bóle głowy to ulegały nasileniu, to słabły, występowały wymioty niezależnie od przyjmowania pokarmu, tętno bywało zwolnione do 50 uderzeń. Zauważono objawy ruchów wahadłowych głowy w kierunku pionowym, trwające po kilka godzin. Po nakłuciu lędźwiowem i wypuszczeniu 7 ctm. sz.

płynu chory poczuł się lepiej, bóle przytem nieco się zmniejszyły. Płyn wytrysnął pod silnem ciśnieniem, zbadany nic patologicznego nie wykazywał. Chory leżał bez ruchu, często wpadał w stan zapomnienia, niekiedy mocz i kał oddawał pod siebie. Wobec wątpliwego rozpoznania postanowiłem dokonać zdjęcia rentgenowskiego. Zdjęcie wykazało zniekształcenie w okolicy przysadki, zatarcie konturów siodła tureckiego, brak przednich wyrostków pochyłych kości klinowej. Dane rentgenograficzne przemawiały więc za umiejscowieniem wypowiedzianem przez neurologa i okulistę. Postanowiłem tedy wyjaśnić sytuację przez otwarcie zatoki klinowej, której dokonałem metodą Cushinga. Po dojściu do twardej opony i jej otwarciu, przyczem nic patologicznego znaleść nie mogłem, nastąpiło nagłe porażenie ośrodka oddechowego, przy zachowanem tętnie. Pomimo długotrwałego sztucznego oddychania chorego do życia przywrócić nie udało się! Badanie pośmiertne wykazało. *Siodło tureckie normalne, tylko bardzo ścieńczałe, bardzo znaczne wodogłowie wewnętrzne, ucisk okolicy komory bocznej i komory czwartej. Rozmiękczenie okolicy lewej oliwy, guz móżdżku obejmujący cały robak oraz części boczne.*

Widzimy więc, że w danym wypadku rozpoznanie, które przechylało się w stronę móżdżku ze względu na stałe objawy ataktyczne, przejawiające się nie tylko w chodzie, ale i w ruchach wahadłowych głowy, w zbaczaniu kończyn, w omijaniu, w oczopląsie, ostatecznie zostało ustalone na okolicę siodła tureckiego, ze względu ną objawy oczne z jednej strony oraz pewną sztywność mięśni i ze względu na obraz rentgenologiczny z drugiej strony.

Jaki wpływ miało rozpoznanie na dalszy przebieg choroby? W dwóch ostatnich przypadkach wpływ ten był bez znaczenia. Obaj chorzy mieli guzy tak umiejscowione, że usunięcie ich było zupełnie wyłączone, i obaj byli skazani na śmierć w najbliższym czasie. Co do pierwszego przypadku, to postawienie prawidłowego rozpoznania mogłoby uratować chorą w razie wcześnie przedsięwziętego leczenia. Co mogło spowodować owe zmiany w naczyniach w przypadku pierwszym? Przedewszystkiem nasuwa się jedyne możliwe przypuszczenie: zakażenie przymiotowe, które spowodowało zmiany w naczyniach mózgu. Brak wszakże jakichkolwiek zmian w ustroju, brak wszelkich wskazówek anamnestycznych, przemawiał przeciw temu. Zresztą podawanie, aczkolwiek krótkie, jodku sodowego bez jakichkolwiek wyników pomyślnych przeczyło również temu przypuszczeniu.

We wszystkich wymienionych przypadkach chodziło o cierpienia, przebiegające bez gorączki, bez objawów zapalnych. W tych ostatnich przypadkach, kiedy cierpienie wewnątrzczaszkowe jest zwykle następstwem jakiejś sprawy chorobowej, rozwijającej się w uchu środkowem i wewnętrznem, albo w jamach bocznych nosa, występujące objawy zdawałoby się dają możność daleko łatwiejszego postawienia prawidłowego rozpoznania. Niestety, i tu zdarzają się omyłki na każdym kroku, omyłki wszakże wprost nieuniknione, gdyż powstające z powodu niepewności jakoby niezbicie ustalonych danych rozpoznawczych. Dla przykładu weźmy chociażby wyniki badania płynu mózgowordzeniowego. Tak więc, kiedv niektórzy klinicyści uważają 5 ropnych ciałek w kamerze Rozentala za dowód rozpoczynającego się zapalenia ropnego opon mózgowych, obserwacje szeregu autorów i nasze wykazują, że liczba ta może zwiększyć się do kilku dziesiątków a nawet setek i że będziemy mieli nieraz w takich przypadkach albo zapalenie opon surowicze, albo ropień mózgu. Takie przypadki spotykaliśmy kilkakrotnie w naszej klinice, takie przypadki opisał *Boss* i inni. Rozmaite objawy przykurczeń, konwulsyj, wskazujące jakoby na zajęcie pewnych odcinków dróg piramidowych, w istocie mogą być zależne od objawów histerji, która pod wpływem nagłego bodźca, jakim jest gorączka, znalazła powód do wybuchu.

Ilustrować to może następujący przypadek.

Przypadek IV. Do kliniki przywieziono chorą sanitarjuszkę lat 40 z objawami ostrego ropnego zapalenia obu zatok czołowych i z wybitnemi objawami mózgowemi, apatją, sennością, niechęcią w udzielaniu odpowiedzi. Dokonana operacja obustronna wykazała znaczną ilość ropy w obu zatokach. Po operacji stan chorej znacznie się poprawił. Jednakże po tygodniu temperatura znowu się podniosła, zjawiło się bredzenie, chwilowa utrata przytomności, oraz skurcze, zwłaszcza kończyn górnych. Wezwany neurolog stwierdził drobnowłókienkowe drżenie mięśni twarzy, wzmożenie napięcia mięśni w kończynach, wzmożenie odruchów ścięgnowych, ubogie ruchy mimiczne twarzy, perjodyczne wzmożenie napięcia mięśniowego, przykurczenia w stawach łokciowych, nadgarstkowych, palce prawej ręki zgięte w pozycji położnika, lewej—przykurczone do dłoni, w okresie rozkurczu występuje objaw Kerniga i sztywność karku, mowa powolna ale prawidłowa, chora nie pamięta imienia męża, ile ma lat i t. d. Na podstawie tych danych neurolog postawił rozpoznanie *ropnia mózgowego w zrazie czołowym*. Dokonana operacja ropnia

nigdzie nie wykazała, w płynie mózgowordzeniowym wypuszczonym w końcu operacji, a wytryskającym pod wysokim ciśnieniem, stwierdzono obecność przeszło 50 ciałek ropnych w kamerze Brücknera. Po operacji stan chorej szybko się poprawił, chociaż zdrowienie szło bardzo powolnie. Podczas dalszego przebiegu znowu poczęły występować objawy skurczowe, a raz nawet objawy kataleptyczne, które ustąpiły po zastosowaniu chloralu i kąpieli ciepłych. Choroba trwała długo i dała jeszcze potem wiele niespodzianek, którę wskazywały, że histerja w całym obrazie chorobowym odegrała piewszorzędną rolę. Chorą tę miałem możność zbadać ponownie przed kilku dniami. Wygląda i czuje się doskonale, jednakże po lekkiej grypie przed kilku tygodniami wystąpił u niej ciekawy objaw retropulsji. Bez laski chora stale po dwuch krokach naprzód trzeci krok robi w tył („coś ją ciągnie w tył" jak powiada). Z laską chodzi doskonale. U chorej stwierdziłem ograniczone miejsca znieczulenia skóry twarzy po stronie prawej, brak zupełny odruchu gardłowego, spojówkowego i rogowkowego, jednem słowem objawy charakterystyczne dla histerji, której przejawem również jest obecnie owa retropulsja.

Sz. P. P. Przed oczyma waszemi przesunął się szereg przypadków, gdzie pomimo najskrupulatniejszego badania, konsultacji z internistami, neurologami, była postawiona djagnoza mylna. Wszystkie te mylne rozpoznania rozszerzyły wszakże nasz widnokrąg, wykazały bowiem, że w każdym przypadku, nawet zdawałoby się najprostszym, kryją się niespodzianki, że musimy sobie zawsze ustalić objaw stały, niezmienny, który powinien nas, jak nić Ariadny, prowadzić przez labirynt licznych i często sprzecznych ze sobą objawów, że wreszcie powinniśmy być wiecznie czujni, wiecznie niepewni, wiecznie dążący do rozwiązania trudnego zagadnienia, jakiem jest prawidłowe rozpoznanie. Pamiętać powinniśmy aforyzm starego lekarza z Rosień, D-ra Przystańskiego, który jeszcze w 1867 roku pisał: *„Lekarz nie potrzebuje się wstydzić, że nie poznał choroby"*, ale dodam od siebie, *powinien dążyć do tego, ażeby tej samej omyłki po raz drugi nie popełnił.*

Sur les fautes diagnostiques dans les complications cérébrales des maladies du nez et de l'oreille

par J. SZMURŁO.

RÉSUMÉ.

L'auteur attire l'attention sur la difficulté de poser un diagnostic précis dans les cas douteux où il faut resoudre la question, s'il s'y agit de l'affection de l'appareil nerveux du nez ou de l'oreille ou de celle de l'appareil nerveux central, et, dans les cas des complications intracraniennes, où se localise le processus pathologique. L'impossibilité de diagnostiquer exactement des affections cérebrales est à l'heure actuelle à peu près la même que jadis, et l'ancienne maxime sur le cerveau: „structura obscura, obscuriores morbi, functiones obscurissimae", reste en pleine vigueur jusqu'à présent. L'auteur illustre sa thèse par 4 cas cliniques.

Le premier cas concernait une demoiselle de 20 ans, chez laquelle des symptomes nets d'un syndrome du ganglon sphénopalatin sont apparus et qui après deux mois de souffrances, est morte subitement, par suite de la paralysie du centre respiratorie. Des recerches histologiques ont prouvé qu'il s'agissait d'une artérite oblitérante des vaisseaux au fond du 4-me ventricule. Dans le deuxième cas le tableau clinique plaidait en faveur d'un néoplasme de l'angle pontocérebelleux, — cependant il s'agissait d'une tumeur obstruant l'aqueduc de Sylve. Dans le troisième cas un neurologiste bien compétent posait le diagnostic d'une tumeur de la région hypophysaire, en se basant sur les symptômes du coté des nerfs: optique et oculomoteurs; cependant l'autopsie démontra la présence d'un gliome dans la partie centrale du cervelet. Le quatrième cas touchait une femme nerveuse atteinte de sinusite frontale bilatérale suppurée, laquelle, en outre, présentait des signes d'une complication intracrânienne. Le même neurologiste diagnostiqua abcès du lobe frontale. L'ouverture du crâne ne décela aucune lésion cérebrale, tandis qu'une observation consécutive de la malade du rant deux mois a permis d'établir nature hystérique des symptômes cérébraux.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Wileńskiego.
(Kierownik Prof. Dr. *K. Opoczyński*).

Dr. ROMUALD ŁUCZYŃSKI
asystent Zakładu.

Przypadek mieszańca przyusznicy

(Gruczołek chrząstkowy-Adenochondroma).

P/g referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Wil. Tow. Lekarskiego w dniu 29. I. 30 r.

W styczniu r. ub. przysłano do zakładu Anatomji Patologicznej U. S. B. celem zbadania część guza, wyciętego z okolicy podszczękowej prawej podczas operacji w klinice chirurgicznej. Wywiady, dotyczące powyższego przypadku, były następujące: chory J. K. lat 23, kawaler, rolnik, podaje, że przed 10 laty zauważył w okolicy kąta żuchwy po stronie prawej guzek, wielkości ziarnka grochu, który poza lekkiem swędzeniem, zjawiającem się chwilami, nie sprawiał mu żadnych innych dolegliwości, nie wykazując również tendencji do rozrostu. Dopiero po siedmiu latach guzek zaczął się stopniowo powiększać i w przeciągu ostatnich trzech lat wielkość jego doszła do wielkości gęsiego jaja. Chory podaje przytem, że przy każdorazowem zaziębieniu odczuwał kłucie w okolicy wspomnianego guza. Przy badaniu guz przedstawiał twór niebolesny, o konsystencji twardej, powierzchni gładkiej, ruchomy, nie zrośnięty ani ze skórą, ani też z podłożem. Operacyjnie, w uśpieniu eterowem, z okolicy podszczękowej prawej, pomiędzy mięśniem mostkowo-sutkowo-obojczykowym a kątem żuchwy, guz usunięto, przy skąpem krwawieniu. Chory na 9 dzień po operacji opuścił klinikę w stanie zadawalniającym.

Makroskopowo — guz twardy, wielkości jaja gęsiego, otorbiony. Na przekroju składa się z dwóch warstw: zewnętrznej, ciemniejszej — korowej i jaśniejszej, środkowej — rdzeniowej.

Badanie mikroskopowe skrawka tkanki, wyciętego z guza i zabarwionego hematoksyliną i eozyną, wykazało, że główną masę tkanki guza tworzy tkanka chrzęstna. Wśród wysepek tej tkanki znajdują się liczne skupienia komórek z jądrami okrągłemi i dość obfitą protoplazmą. Komórki te układają się w wysepki i pasma, a niekiedy przybierają kształt gruczołów. W ich świetle znajduje się wy-

dzielina w postaci szklistych mas, barwiących się na fjoletowo hematoksyliną, co przemawiałoby za jej śluzowym charakterem.

Rozpoznanie patologo-anatomiczne: nowotwór mięszany okolicy przyusznicy, t. zw. mieszaniec, (u Niemców — Mischgeschwulst).

Prace na ten temat różnych autorów drugiej połowy wieku ubiegłego, początku naszego stulecia oraz lat bieżących przytaczają szereg przypadków z klinik chirurgicznych, gdzie podczas operacji usuwano podobne guzy, umiejscowione przeważnie po stronie lewej szyi w okolicy ślinianki przyusznej, ew. nieco wyżej na policzku lub w okolicy podszczękowej i podjęzykowej, rzadziej w gruczole piersiowym, w narządach płciowych (szyjka macicy lub ściana pochwy u kobiet, jądro u mężczyzn), dalej w pęcherzu moczowym, wreszcie w nerce. Guzy te rozmaitej wielkości uznano naogół za dobrotliwe, aczkolwiek mogą czasem stawać się złośliwemi, dając nawroty (przypadek *Ficka* — nawrót w 18 miesięcy po usunięciu guza u osoby 30 letniej); zwykle nie dają one przerzutów, nie wywołują bólów ani też innych dolegliwości. Guzy rosną bardzo powolnie, w granicach nadzwyczaj rozległych: w naszym przypadku — lat 10 w przypadku *Sobolew'a* — przeszło lat 50: guz zjawił się u pacjentki gdy miała lat 29, w 5 miesięcy po porodzie, a usunięto go w 81 roku życia, gdy doszedł do wielkości mandarynki. Przeciętnie od chwili powstania guza do czasu, gdy swą wielkością zwraca uwagę pacjenta upływa 10—15 lat. Konsystencja tych guzów nie zawsze bywa twarda; notowano bowiem przypadki, w których guzy były chełbocące, miękkie i ulegały zwyrodnieniu lub tworzyły torbiele. Co się tyczy poszczególnych rodzajów elementów tkankowych, tworzących takie guzy, to poza chrząstką, tkanką gruczołową i nabłonkiem występowała bardzo często tkanka łączna śluzowa, dalej miejsca zwapniałe lub wysepki kostne, wreszcie szkliwo, określane w tych wypadkach przez *Krompecher'a* mianem kollaciny. Stąd też z punktu patologo-anatomicznego dawano tym guzom różne nazwy, jak: enchondroma, chondro-sarcoma, fibroenchondroma, elastico-endothelioma, adenochondroma, bronchioma i t. p. Klinicznie zaś brano je często za kaszaki (atheroma), dodatkowe ślinianki, chłoniaki i t. d.

Obok omówień poszczególnych przypadków autorzy w swych pracach dążyli jednocześnie do rozwiązania dwóch pytań: z jednej strony — z czego właściwie powstają owe guzy i jaką wobec tego nadać im ogólną nazwę w klasyfikacji spraw nowotworowych, z dru-

giej zaś strony — co za przyczyna powoduje wytwarzanie się podobnych guzów.

Początkowo zapatrywania, co do sprawy pochodzeń tych guzów, podzieliły autorów na dwie grupy: pierwsi — jak *Marchand, Kuttner, Borst,* szczególnie *Volkmann,* a częściowo *Ziegler* uważali je za pochodzące ze śródbłonka i dawali im ogólną nazwę: endothelioma; drudzy — na czele z *Malassez, Langhans'em, Landsteiner'em, Ribbert'em* oraz *Krompecher'em,* upatrując pochodzenie tych guzów z tkanki nabłonkowej, nazwali je: epithelioma. I dopiero *Wilms* pierwszy, opierając się na budowie histologicznej tych guzów, wprowadził ogólne pojęcie „Mischgeschwülste", guzów mieszanych — mieszańców. Nazwa ta w czasach obecnych otrzymała już prawo obywatelstwa, przyczem *Wilms* uważał, że podobne mieszańce powstają drogą stopniowego wykształcania się ew. przemiany jednej tkanki w drugą, dając mniej lub więcej zróżnicowane twory; zwrócił ponadto uwagę, że powstanie takiego mieszańca odbywa się dzięki odpryśnięciu w życiu płodowem ognisk zarodkowych i te ogniska, dzięki swemu niezróżnicowaniu lub pochodzeniu jeszcze z okresu bróździkowania, mogą wytworzyć później drogą metaplasji mieszańca mniej lub więcej zróżnicowanego. *Hinsberg* natomiast uważa, że poszczególne składniki mieszańca powstają nie z niezróżnicowanych komórek zarodkowych, lecz z wielu tkanek, które wysyłają jakby swych przedstawicieli do takiego mieszańca, a więc: chrząstkę daje szczęka dolna lub łuk skrzelowy, nabłonek pochodzi z nabłonka błony bębenkowej, gruczoły ze ślinianek i t. d. Aczkolwiek teoretycznie można uznać podobny sposób powstawania mieszańców, jest on jednak mało prawdopodobny i dlatego też skłaniamy się raczej ku poglądom *Wilms'a,* że mieszańce powstają z tkanki zarodkowej niezróżnicowanej, dającej drogą przemiany lub wykształcenia się wyżej wspomniane guzy.

Jednocześnie, ze względu na budowę histologiczną, można podzielić mieszańce na trzy grupy. Do pierwszej zaliczamy t. zw. mieszańce jednoblaszkowe, ze składnikami komórkowemi, pochodzącemi z jednej blaszki zarodkowej ew. z tkanki mezenchymalnej. Druga grupa obejmuje mieszańce dwublaszkowe (podług *Wilms'a* bidermoma), zawierające składniki komórkowe, pochodzące z dwóch blaszek zarodkowych i wreszcie do trzeciej grupy należą t. zw. mieszańce trzyblaszkowe (podług *Wilms'a*: tridermoma) złożone z elementów tkankowych wszystkich trzech listków zarodkowych.

Sprawa natomiast przyczyn powstawania mieszańców, podobnie jak wszystkich wogóle nowotworów, oparta jest na rozmaitych teorjach i przypuszczeniach, lecz pozostaje nadal niewyjaśniona.

Piśmiennictwo.

J. Fick. Zur Kenntniss der sog. Mischgeschwülste der Parotisgegend u. zur Endotheliomfrage. Virchows Arch. T. 197. G. Herxheimer. — Mischtumor der Parotis, Ziegl. Beitr. T. 41. Krompecher — Zur Histogenese u. Morphologie der Mischgeschwülste der Haut sowie der Speichel- u. Schleimdrüsen. Ziegl. Beitr. T. 44. Krompecher — Uber der Ausgang und die Einteilung der Epitheliome der Speichel- u. Schleimdrüsen. Ziegl. Beitr. T. 70. T. van Leeuwen — Multiple Epitheliome der Haut mit Mischgeschwulst der Parotitis. Virchows Archv. T. 207. C. Löwenstein — Uber atypische Epithelwucherungen u. Tumoren Speicheldrüsen, bes. der Parotis, Frankf. Zeitschr. T. 4. J. Minkiewicz — Enchondrom der linken Parotis, Virch. Archv. T. 41. W. Nowicki — Anatomja Patologiczna, T. I. Lwów, 1929. T. Ohlen — Beitrag zur Kenntniss der Parotisgeschwülste. Ziegl. Beitr. T. 13. L. Sobolew — Zur Kasuistik der Bronchiome. Frankf. Zeitschrift T. 11. F. Schilling — Beitrag zur Ketnniss der Parotisgeschwülste, Ziegl. Beitr. T. 68.

Aus d. Anat. Patholog. Institut. U. S. B. (Wilno).
(Dir. Prof. Dr. *K. Opoczyński*).

Dr. R. ŁUCZYŃSKI.

Ein Fall von Mischgeschwulst der Parotisgegend.

Verfasser beschreibt eine von ihm untersuchte Mischgeschwulst der Parotisgegend mit dem mikroskopischen Bilde — Adenochondroma — und bespricht verschiedene Entstehungstheorien der genannten Tumoren.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Stef. Batorego w Wilnie.
(Kierownik Prof. Dr. *K. Opoczyński*).

Dr. R. ŁUCZYŃSKI
asystent Zakładu.

Przypadek obustronnych nerek torbielowatych z omówieniem przyczyn ich powstawania.

Podług referatu wygłoszonego na posiedzeniu Wil. Tow. Lekarskiego w dniu 29. I. 30.

Nerki torbielowate są opisywane dość często nie tylko ze względu na rzadkość występowania, lecz przeważnie dzięki temu, że przyczyna, powodująca powstawanie i rozwój powyższego stanu patologicznego, dotychczas nie jest wyjaśniona dostatecznie i zmusza autorów do szukania wciąż nowych dróg, nowych pojęć i tłumaczeń. Co do częstości występowania tej sprawy, to z podanych przez różnych autorów przypadków większość ich omawia t. zw. nerki torbielowate „wrodzone", spotykane u noworodków, rzadziej natomiast mamy do czynienia z podobnemi stanami patologicznemi u ludzi dorosłych, stwierdzanemi zarówno na stole operacyjnym, jak podczas sekcji.

Nieraz się zdarza, że położnik podczas aktu porodowego spotyka się z zahamowaniem jego prawidłowego przebiegu i niemożliwością ukończenia sposobem naturalnym właśnie dzięki temu, że zwiększone nerki płodu stanowią przeszkodę bardzo poważną, zmuszającą do interwencji operacyjnej. Podczas sekcji zwłok takich noworodków spotykamy często obie nerki, rzadziej jedną, bardzo powiększone, zmienione torbielowato, a na przekroju drobnowidowo, lub nawet gołem okiem, możemy zauważyć większą lub mniejszą liczbę torbieli, położonych przeważnie w istocie korowej nerki, rzadziej rdzennej, z zawartością surowiczą, koloidalną, wodną, mętną, żółtawą lub czerwoną, w zależności od zawartości w niej złuszczonych nabłonków, domieszek substancyj moczowych, złogów wapnia, krwi i t. p. W pewnych przypadkach takie torbiele mogą mieć wygląd gruczolaka brodawkowatego (*Herxheimer*). Badając natomiast nerki, dotknięte tą sprawą patologiczną, u osób dorosłych mamy nieraz w obrazie mikroskopowym jeszcze większą rozmaitość zjawisk, będących następstwem spraw wstecznych (marskość, miaż-

dżyca i t. d.); natomiast u noworodków takie nerki torbielowate występują często razem z torbielami wątroby, śledziony lub mózgu, z ubytkiem w przeponie (*Hook i Kallius*) a nieraz w połączeniu z rozmaitemi wadami rozwojowemi, jak acrania, anencephalia, niedorozwój nadnerczy, zanik odbytu lub cewki moczowej, nadliczbowość palców. Sądzić należy, że o ile obie nerki są wypełnione torbielkami do tego stopnia, że ilość normalnej tkanki nerkowej jest bardzo znikoma, to ta nieznaczna ilość pozwala jednak czasami przez czas krótszy lub dłuższy spełniać tym nerkom ich czynności, dopóki jakiś proces chorobowy uszkodzi i zniszczy resztki tej normalnej tkanki do tego stopnia, że spowoduje śmierć.

Nasz przypadek o rozpoznaniu klinicznem: Nephrocirrhosis secundaria, hypotensio et uraemia — dotyczy osobnika lat 53, który przed półtora rokiem przebył zapalenie nerek, trwające 6 miesięcy, a zmarł z powodu niedomogi serca i mocznicy. Podczas sekcji znaleziono poza zwyrodnieniem mięśnia sercowego, przerostem lewej komory i kaszowatemi zmianami tętnicy głównej — obie nerki znacznie zmienione, o wadze: lewa — 530 gr., prawa — 490 gr. razem 1020 gr., a więc mniej więcej 4-krotnie powiększone w stosunku do normalnej wagi nerek; powierzchnia nierówna, guzowata; spoistość bardziej miękka, aniżeli normalna; na przekroju nerki mają tkankę wybitnie zmienioną, zawierają liczne torbielki od wielkości ziarenka grochu do wielkości wiśni, wypełnione cieczą mętnawą. Badanie mikroskopowe skrawków nerek, zabarwionych hematoksyliną i eozyną, wykazało duże, miernej wielkości oraz małe przestrzenie, wypełnione bezkształtnemi masami ściętego białka; tkanka nerkowa, otaczająca wspomniane przestrzenie, znajduje się w stanie przewlekłego zapalenia. Obok silnie rozwiniętej tkanki łącznej włóknistej znajdują się liczne ogniska, utworzone przez komórki okrągłe, drobne, podobne do limfocytów, wśród których gdzie niegdzie widoczne są komórki plazmatyczne. Kłębuszki Malpighiego częściowo nie wykazują zmian, częściowo zaś znajdują się w stanie znacznego zeszkliwienia lub zwłóknienia. Wśród rozrastającej się tkanki łącznej znajdują się uciśnięte i w stanie zaniku będące cewki nerkowe o wąskich światłach, zawierających wałeczki nerkowe; inne zaś światła cewek są bardzo szerokie, ze spłaszczonemi nabłonkami lub wysłane nabłonkiem, znajdującym się w stanie zwyrodnienia białkowego.

Nic dziwnego, że dzięki wielkiej rozmaitości obrazów makro- i mikroskopowych nerek torbielowatych, omawianych w piśmiennic-

twie, poglądy na przyczyny powstawania tej sprawy, są bardzo rozbieżne, a nieraz się zdarza, że jeden i ten sam autor zajmuje w tej sprawie kilka stanowisk wręcz sobie przeciwnych *(Busche)*. Nawet *Virchow*, wprowadzając podział nerek torbielowatych na wrodzone i nabyte, w zależności od tego, czy spotykane są one u noworodków, czy też u ludzi starszych, musiał odrzucić wkrótce ten podział, jako będący w dużej mierze bez podstaw realnych. Możliwem jest, że sprzyja tej rozbieżności (zdaniem autorów niemieckich) jeszcze i ten fakt, że każdy autor opiera swoje poglądy przeważnie na bardzo nieznacznym materjale, jakim rozporządza w swych badaniach. Tak czy inaczej, poglądy na tę sprawę, jak dotychczas, przeszły przez trzy główne fazy zapatrywań, stwarzając trzy teorje powstawania nerek torbielowatych — zapalno-retencyjną, nowotworową i zaburzeń rozwojowych;—nie dają jednak nam one dotychczas całkowitego wyjaśnienia tej sprawy.

Teorja pierwsza — retencyjno-zapalna — której zwolennikiem początkowo był *Virchow*, tłómaczyła powstawanie nerek torbielowatych zatrzymaniem moczu na tle stanów zapalnych, odbywających się w nerkach podczas życia płodowego; jednakże fakt częstości występowania tej sprawy u noworodków obok braku śladów zapalenia w ich nerkach, prędko zmusił autorów tego poglądu do wyzbycia się jego na korzyść teorji nowotworowej, której twórcami byli: *Brigidi* i *Severi*. Ponieważ spotykano czasami prawdziwe gruczolaki w nerkach torbielowatych, próbowano tłómaczyć sobie powstawanie tych stanów patologicznych nerek między innemi bujaniem nabłonka kanalików dróg moczowych, a *Borst* nazywał nawet nerkę torbielowatą „prawdziwym wieloogniskowym gruczolakiem torbielowatym". Wyznawcy tej teorji musieli mimowoli zahaczyć o życie płodowe zarodka, gdyż tłómacząc te zjawiska sprawami nowotworowemi wogóle, musieli przyjąć jedno z pojęć o powstawaniu nowotworów, najbardziej zbliżone do omawianej sprawy patologicznej nerek — do zaburzeń w życiu płodowem; zaczęto mówić o tych tworach, jako o „Hemmungsmissbildungen", tembardziej, że wielu autorów, zestawiając fakt występowania nerek torbielowatych łącznie z niedorozwojem innych narządów, skłaniało się do wypowiadania twierdzeń, że tego stanu patologicznego, opierając się o nowotwory w ścisłem znaczeniu tego słowa, wyjaśnić całkowicie nie można. Po pewnym czasie wysunięto trzecią, utrzymującą się jeszcze dotychczas teorję, która tłómaczy powstawanie nerek torbielowatych

znacznemi zaburzeniami w ich rozwoju na tle nieprawidłowego połączenia obu zawiązków nerek, na co wskazywałoby, jak już wspomniano, dziedziczenie torbieli lub ich związek z innemi zmianami niedorozwoju narządu moczowo-płciowego lub całego ustroju. Jednakże i w tych zapatrywaniach, nie wdając się w wyjaśnienia embrjologicznego procesu powstawania nerek normalnych, należy podkreślić rozbieżność pojęć na tle: co jest właściwie dotknięte w nerkach wadą rozwojową i z czego powstaje podobny stan patologiczny, w zależności od unitarystycznego lub dualistycznego poglądu na sam proces rozwoju nerek w życiu płodowem.

Co do naszego przypadku nerek torbielowatych, to biorąc pod uwagę wiek osobnika oraz przebyte zapalenie nerek, musimy oprzeć swe wyjaśnienie tej sprawy nie na jednej teorji, a na połączeniu przynajmniej dwóch zapatrywań — teorji „rozwojowo-zapalnej" — gdyż opierając się na różnobarwności obrazu makro- i mikroskopowego tych nerek, nie możemy przypuścić z całą pewnością, aby samo tylko zapalenie, jak również późniejszy proces pozapalny mógł w stosunkowo krótkim czasie dać podobny obraz obustronnych nerek torbielowatych.

Reasumując wszystkie powyższe zapatrywania na tę sprawę, a opierając się z jednej strony na częstości występowania nerek torbielowatych u noworodków, z drugiej zaś—na znajdowaniu przygodnem podobnego stanu patologicznego nerek na stole sekcyjnym u osobników, zmarłych często nie z powodu schorzenia nerek, a z innej przyczyny (np. przypadki *Staemler'a*, *Berner'a* i *Schaefer'owej*: postrzał głowy, zapalenie ropne otrzewnej, gruźlica) można przypuścić, że pewna liczba noworodków przynosi ze sobą na świat już torbielowato schorzałe nerki, powstałe na tle zaburzeń w rozwoju embrjonalnym, przyczem jedne noworodki giną już podczas aktu porodowego (rozkawałkowanie) lub wkrótce po nim, inne, wskutek zachowania części normalnej tkanki nerkowej, żyją i dochodzą nieraz do wieku dojrzałego. Ta nieznaczna ilość normalnej tkanki nerkowej pozwala nerkom na spełnianie ich czynności życiowej, do czasu, aż z chwilą znacznego zaniku lub ich zniekształcenia pod wpływem spraw uszkadzających (zapalenie, miażdżyca) nastąpi niewydolność życiowa i śmierć jak w opisanym przez nas przypadku.

Piśmiennictwo.

Aschoff. — Pathologische Anatomie, T. II. 1929. Berner. — Zur Zystennierenfrage. Virch. Arch, T. 211. Brakemann. — Beitrag z. Entstehung der angeborenen Zystennieren. Virch. Arch. T. 250. Herxheimer. — Grundla-

gen der Pathologischen Anatomie, 1921. Hook i Kallius. — Ein Fall von angeborener Zystenniere u. Zwerchfelldefekt derselben Seite unter besonderer Berücksichtigung der Entstehungsweise der Zystenniere. Virch. Arch. T. 257. Schaefer. — Uber eine hypoplastische u. eine partielle Zystenniere. Frankf. Ztschrf. T. 26. Staemler. — Ein Beitrag zur Lehre von der Zystenniere. Ziegl. Beitr. T. 68.

Aus d. Anatomo- Pathologisch. Institut U. S. B. (Wilno).
(Direkt. Prof. Dr. *K. Opoczyński)*.

Dr. R. ŁUCZYŃSKI.

Eein Fall von Doppelseitigen Zystennieren.

Verfasser berührt verschiedene Annahmen der Zystennierenbildung und beschreibt von ihm beobachtete angeborene, doppelseitige Zystennieren. — Der dazugetretene chronische Entzündungsprozess, der schliesslich eine Urämie hervorruf, wird vom Verfasser, als Todesursache bezeichnet.

Listy D-ra Józefa Bielińskiego do D-ra Władysława Zahorskiego.

Wydał S. TRZEBIŃSKI — Wilno.

Jeszcze jakieś 4 czy 5 lat temu ś. p. Władysław Zahorski pozwolił mi skopjować kilka listów, pisanych do niego przez Józefa Bielińskiego przeważnie z Kara-Kała (Transkaspja, blisko granicy Perskiej), dokąd go wysłano, jako lekarza wojskowego z Olity, poprzedniego miejsca jego pobytu. Była to kara za zbyt gorliwe zajmowanie się przeszłością polską, niemile widziane przez władze rosyjskie u urzędnika państwowego. Kara zaś tem dotkliwsza, że Bieliński wtedy właśnie wydawał „Uniwersytet wileński", a jak bardzo pracę tę utrudniała owa daleka deportacja, o tem czytelnik będzie miał sposobność przekonać się z listów.

Kara-Kała Zakaspijskoja Obłast' (26 Lutego 1899).

List Nr. 1.

Szanowny Panie Kolego:

Dzięki uprzejmości Jego dopełniłem znacznie kolekcyę profesorów wileńskich, lecz fotografie te, przy pakowaniu rzeczy w Olicie, dostały się razem z rzeczami do Warszawy. Że zaś obecnie

alarmują mnie, aby koniecznie „Uniwersytet wileński", który już jest w druku, ilustrować, przeto jestem zmuszony uciec się do Pana Kolegi z prośbą o też fotografie. Sądzę, że Szanowny Pan zatrzymał i dla siebie po jednym egzemplarzu zdjęć. Otóż ten egzemplarz proszę „pro publico bono" ofiarować. Prócz tego, to jest prócz tych fotografij, konieczną jest i fotografia sali Towarzystwa, której proszę dać taki tytuł: „dawniejsza apteka jezuicka, później gabinet farmakologiczny, obecnie... i t. d." Że zaś fotografie Pańskie to tylko cząstka, więc ja w różne strony rozpisałem, prosząc o pomoc. Bardzo będzie dla powyższej sprawa praktycznem, jeżeli Szanowny Kolega zechce łaskawie porozumieć się z p. Rusieckim, malarzem, naprzeciw dzwonnicy Ś-to Jańskiej, dom własny, gdyż najobszerniej w sprawie swych dezyderatów do niego piszę — wówczas bowiem, przy wspólnej naradzie, mój interes najlepiej będzie wyjaśniony.

Na pośpiechu dużo mi zależy, gdyż, jak wzmiankowałem, druk już rozpoczęty, a nawet pierwsze cztery arkusze już są w Kara-Kała— przeto uprzejmie proszę o łaskawą pomoc i o konferencyę z p. Rusieckim. Korespondencya ze mną jest niezmiernie uciążliwą, potrzeba bowiem na to 5 tygodni czasu.

Polecając się pamięci Szanownego Kolegi, łączę swój adres i zapewnie niezmiennego szacunku i poważania.

Bieliński — Kara-Kała, (Zakaspijskaja Obłast')
D-ru Bielinskomu.

List Nr. 2.

Kara-Kała, 2 kwietnia 1899.

Bóg Wam zapłać, panie kolego, za Waszą ofiarę, którą wdzięcznem sercem przyjmuję. Wszystkie te fotografie, których spis podajecie w liście z 16/28 Marca, są potrzebne za wyjątkiem: 1) Stanisław Warszewicki. Nie był on pierwszym rektorem Uniwersytetu, albowiem wówczas, gdy Uniwersytet miano zakładać, zdał rektorstwo kolegium Skardze i wyjechał do Szwecyi. 2) Tadeusz Czacki. Często jest o nim w tekście wzmianka, ale życiorysu nie podałem, gdyż zamierzony rozdział o wizytatorach nie został opracowany. 3) Kuczkowski Tomasz. Nie był on w stosunku z Uniwersytetem, chociaż za wpływem Nowosilcowa wybrany był na członka honorowego. 4) Kowalski był to człowiek bardzo poczciwy, lecz więcej jest głośną jego żona, a ja tylko głośniejszych wychowańców podaję.

Bądźcie łaskawi zawiadomić od siebie p. Profesora Dikszteina Marszałkowska 117, w Warszawie, jakiemi portretami możecie słu-

żyć Komitetowi i podając spis tych portretów i widoków; ja do niego jutro pisząc, zaanonsuję Wasz list.

Natomiast potrzebne są jeszcze następujące portrety, które z pewnością możecie znaleść w Wilnie.

Z kanclerzów i kuratorów — są jeszcze potrzebne: ostatni kanclerz biskup Massalski; z kuratorów Joachim Chreptowicz. Podobno dobry portret w 2 tomie „Powiat oszmiański" Jankowskiego. Nowosilcow, jeśli się mylę, znajduje się w Albumie Mickiewicza, wydanym przez Władysława Piasta, (Bełza). Album ten kupiłem niegdyś u Zawadzkiego.

Z rektorów. — Jezuitów do przyszłego listu zostawię, chociaż proszę bardzo; portret każdego Jezuity jest ważny, jeżeli taki zdobędziecie, a nie będziecie pewni, czy jest mi potrzebny, bądźcie łaskawi podać mi imię i nazwisko, a ja odwrotną pocztą przeszlę informacyę. Otóż z rektorów nie jezuickich, brakuje nam Stroynowskiego: Prawo przyrodzone i t. d. wydanie wileńskie z r. 1803 czy 1805, miedzioryt roboty Weissa Izydora. Może u Wróblewskiego jest to wydanie, lub w Bibliotece publicznej. Gdyby się nie udało zdobyć tego portreciku, to przyszłoby się udać do biskupa Zwierowicza, gdzie w galerji biskupów wileńskich jest Stroynowski.

Z profesorów Adamowicz (przy mojem dziele Stan nauk lekarskich (Daniłowicz Ignacy) w Wilnie kupiłem staloryt in 4-o, ale nie pamiętam, z jakiego wydawnictwa) Dowgird Anioł, pijar (nie wiem gdzie szukać, nie widziałem nigdy tego portretu), Drzewiński Feliks (także Forster Jerzy) może w Bibliotece naszego Towarzystwa w ramkach (Gilibert Jan Emanuel) tamże, Gintyłło Jan Chryzostom (może w seminaryum będą wiedzieć), Golański Filip, pijar (tamże), Górski Waleryan (moje dzieło „Stan nauk matematycznych"), Gucewicz (tamże jest), Hussarzewski Tomasz, misjonarz (może w seminaryum będą wiedzieć), Jaroszewicz Józef i Jelski Kazimierz (portretów nie widziałem), Kado Michał, (również nie widziałem). Kaliński Gwilelm (misyonarz), jest portret przy kazaniach, wydanych w Wilnie, zdaje mi się, w r. 1806. W moim egzemplarzu portretu niema. Kamiński Cezary, bazyljanin (nie widziałem), Karpowicz Michał (portret jest— kopję podał Kraushar w dziele swoim „Burboni na wygnaniu", Korowicki Aleksander (nie widziałem), Kundzicz Tadeusz — biskup, (nie widziałem), Langsdorf Karol Chrystian, (może w niemieckiej Encyklopedyi powszechnej Brockhausa, jest u Stembo), a może w ramach w Towarzystwie. Mickiewicz Józef (może w Albumie Piasta). Muyschel Justus Karol (zdaje mi się, że w Podbereskiego

Roczniku literackim czy też Pamiętniku naukowo-literackim). Niemczewski Zacharyasz (był portret niegdyś w obserwatoryum. (Oczapowski Michał) Wizerunki znakomitych mężów Fajansa (Onacewicz Ignacy (zdaje mi się, że w Roczniku literackim Podbereskiego), Pilchowski Dawid (może w Seminaryum lub u biskupa Zwierowicza), Podczaszyński Karol (nie jestem pewny, ale bodaj w Fajansa wizerunkach), Poliński Michał (mój „Stan nauk matemat.), Regnier, zdaje się, w naszej Bibliotece portret olejny), Rumbowicz (Stan nauk matem.), Sarbiewski, Skarga (może w wydawnictwie Albumu Kretschmera, rysunki Piątkowskiego; wydawnictwo najnowsze, jest u Zawadzkiego, wypisałem, dotąd nie otrzymałem), Skidełł Jan (może w Seminaryum). Sławiński Piotr (Stan nauk matem.), Smuglewicz Franciszek (Słownik malarzów polskich Rastawieckiego u p. Rusieckiego), Sobolewski Ludwik (nie widziałem), Sosnowski Platon (podobnież), Szpitznagel Ferdynand (podobnież), Strzecki Andrzej (biust w Towarzystwie), Symonowicz, Szahin, Szulc Michał i Szyrwid Konstanty — nie widziałem ich portretów, podobnież Tomaszewskiego Augustyna i Chodaniego Jana Kantego, może w Seminaryum, Twardowski Józef („Stan nauk matem"), Waszkiewicz Jan (nie wiem o portrecie), Woelck Aleksander (bodaj fotografia w Towarzystwie), Znosko Jan (w Dobroczynności). Fleury zaczął zdejmować portrety dla nauk wydziału prawnego, ale wyjechałem do Olity i zaniechałem — Znoskę z portretu zdjął — Żebrowski Tomasz (był portret w obserwatorjum niegdyś), Życki (Stan nauk matem.).

Z uczniów: Albertrandi (Kraushar-Burboni na wygnaniu), Ancuta Jerzy Kazimierz (może u Zwierowicza), Baliński Michał (zapewne u rodziny będzie) Bohomolec Franciszek i Jan (może w Wójcickiego w Życiorysach znakomitych ludzi — nie pamiętam) Borowski Gaspar (portret ten w broszurce, Nasi (czy nowi?), biskupi z r. 1883, czy 1884), Bychowiec Józef (nie widziałem), Bystrzycki Jowin-Fryderyk i Marcin (może Wójcicki), Chodkiewicz Aleksander (Kraushar), Chodźkowie: Aleksander (Tygodnik czy Kłosy, w kapeluszu), Ignacy u Zawadzkiego staloryt), Czeczot Jan (bodaj, że w albumie Piasta), Czerski Stanisław (nie widziałem), Damel (zob. Rastawiecki u Rusieckiego), Dmochowski Henryk (w Tygodniku lub w Kłosach), Domeyko Ignacy (tamże), Górecki Antoni (zapewne przy wydaniu dzieł w Lipsku — mam u siebie drzeworyt — Górecki na Kiju oparty, ale pamiętam, skąd wzięty), Groza (Fajans), Hechell (nie widziałem), Herburt Mamert (podobnież), Jakubowicz Masymiljan (podobnież), Jeżowski Józef (ob. Piast), Jocher Adam Benedykt (w Tygodniku

ilustrowanym w pierwszych latach (Kaczkowski Karol (w Tygodniku lub Kłosach) — Kamiński Antoni (w Kłosach do mego artykułu) — Każyński (mam u siebie przy nutach, jakich, nie pamiętam), Kontrym Kazimierz (nie widziałem) może w Połukniu; Korsak Julian (u rodziny adwokata Mackiewicza, bo to krewni), Kowalewski Józef w Tygodniku i Kłosach), Kraszewski Józef (znany) — Kukolnik (portret przy broszurze Szwerubowicza). Kułakowski Henryk (zdaje mi się, fotografia u nas, t. j. w Towarzystwie, portret w Kłosach czy w Tygodniku), Malinowski Mikołaj (zapewne u was, gdyż trochę skuzynowani jesteście (Mickiewicz Adam i Aleksander w Wędrowcu 1898, numera Grudniowe. Muchliński Antoni (nie widziałem), Naruszewicza — przy wydaniu Mostowskiego, a Kazimierza Naruszewicza nie widziałem; Odyniec (Fajans), Oleszkiewicz Józef (zdaje mi się, że u Rastawieckiego), Pietraszkiewicz Onufry (u doktora Jana pewnie jest jakiś portret), Rewkowskiego mam u siebie fotografję i tę wyślę do Warszawy, Rusiecki Kanuty (zapewne u syna), Sękowski Józef (musi być, ale nie wiem, gdzie), Słowacki Juljusz (łatwo w Warszawie), Smokowski Wincenty (w Tygodniku i w Kłosach), Szyrma Lach Krystyan (nie widziałem, a zapewne Leonard Chodźko wydał). Szulca Dominika pamiętam, że mam, ale nie pamiętam, z jakiego wydawnictwa. Towiański Andrzej jest w Tygodniku, czy w Kłosach. Trynkowski Ludwik jest u p. Rusieckiego.

Tyszkiewicz Konstanty przy jego dziele: Wilja i Jej brzegi. Tyszyński Aleksander (Kłosy i Tygodnik) Walicki Alfons (zapytajcie u inżynierowej Morawskiej, boć to wnuczka), Wiernikowski Jan i Wolski Mikołaj może są w Wilnie u Uziębły — Wołonczewski Maciej jest w Albumie Wilczyńskiego. Wyrwicz Karol (ob. Wojcicki). Zan Tomasz (zapewne u p. Rusieckiego. Jest litografia in 4-o u Zawadzkiego). Zdanowicz Aleksander (w Tygodniku i Kłosach). Oto wszyscy, prócz dawniejszych Jezuitów, gdyż o nich nic nie wiem.

A zatem zechce Szanowny Kolega zawiadomić P. Dikszteina, wyszczególniając, co może mu udzielić, gdyż oni w takim razie nie będą kopijować. O portrety Jezuitów zaatakowałem i Jezuitów Krakowskich, ale i oni bezpośrednio powinni się skomunikować z Diksztejnem, gdyż korespondencya ze mną, ogromnie się ciągnie długo — 5 tygodni.

Dotychczas odebrałem 11 arkuszy — duża to robota, pewnie więcej jak 80 arkuszy wyniesie, a arkusze duże, jak w ogóle te wydawnictwa ósemkowe duże w Krakowie.

Teraz w interesie d-ra Święcickiego.

1. O Twardowskim pisałem możebnie obszernie przy wydaniu procesu filaretów w Wilnie w r. 1889. Jeżeli nie mają w Poznaniu osobnego odbicia tej rozprawy — to zapewne mają tom 81 Archiwum do dziejów oświaty w Polsce — wydanie Akademii.

2. Ciekawy jestem, skąd do Poznania dostała się korespondencya Ks. Czartoryskiego z Twardowskim, a to dlatego — że tę korespondencyę opracowałem lat temu z 10, to jest przepisałem ją z autografu, dodałem wstęp i przypiski. Praca ta w drodze do Krakowa zaginęła. Wyjaśniło się to ostatecznie w r. 1892, to jest wówczas, gdym się przeniósł do Olity. Zachęcał mnie p. Józef Twardowski z Weleśnicy, abym powtórnie ją opracował i obiecywał autograf nadesłać; że zaś, jak Wam wiadomo — Bibliotekę i wszystkie papiery zostawiłem w Wilnie, przeto nie mógłbym przypisków bez odpowiednich przygotowań napisać; dlatego sam (się) *) odmówiłem, lecz za to zachęcałem wnuka, ażeby się zajął wydaniem. Otóż, czy korespondencya ta jest przysłana przez Józefa Twardowskiego z Weleśnicy czy też z innego źródła napłynęła, z przypiskami i wstępem? — w tym ostatnim wypadku bardzo interesującą jest kto ją nadesłał.

Z tej korespondencyi, nie wiele korzystałem w ostatniej swej pracy, która się obecnie drukuje, a to dlatego, że tylko niektóre listy mam w brulionie — większość przepisywałem odrazu na czysto z autografu. — Dowiedźcie się od kol. Święcickiego i dajcie mi znać przy zręczności.

Co do Pelikana. Nie zgadzam się z Wami i z Waszym poglądem :

1. Co do moich prac. Na stronnicy 284 końcowy ustęp „Stanu nauk lekarskich" — wyraźnie piszę, że z konieczności muszę się posiłkować biografią Adamowicza nie są mojem przekonaniem, dlatego więcej rażące, a tendencyjne błędy krytykuję w przypiskach, gdyż ze względów cenzuralnych nie mogłem inaczej postąpić.

2. Frank w pamiętnikach tak obszelmował Pelikana w tomie piątym, że Adamowicz tom ten ukradł i z Pelikanem zniszczył, za co został rzeczywistym radcą stanu.

3. Homolicki w „Na dziś" opisuje właśnie gospodarkę Pelikana z Mierzejewskim (ob. 11.28 — przypisek 3-ci) ; wówczas Malewski był honorowym dziekanem sekcyi teologicznej i prawnej, gdy owa grabież kościoła dokonywała się.

---

*) Nawias wydawcy.

Co się tycze znaczenia Pelikana, jako profesora, ta kwestya nie podlega zaprzeczeniu, że był profesorem dobrym. Obecnie miałem możność, a i konieczność zajmowania się wszechstronnego Pelikanem — a że mnie względy cenzuralne nie krępowały, przeto napisałem, o ile można objektywnie — ale nie tak, jak Adamowicz.

Dziękuję Wam, Szanowny Panie Kolego, raz jeszcze za Wasz współudział, winszuję Wam świąt i dobrej pamięci nadal się polecam.

Sługa powolny

Bieliński.

Stan nauk lekarskich i Stan nauk matematycznych z portretami, w bibliotece Towarzystwa, nad wejściem, na górnej półce pod sufitem, bliżej okna, ale na środku.

List Nr. 3.

Kara-Kała, 22 Maja 1899.

Szanowny Panie Kolego:

Nie wiem doprawdy, od czego mam zacząć mą odpowiedź na list Pański, wczoraj otrzymany. Gdyby nie to przekonanie, że Szanowny Kolega wierzyć będzie temu, co niżej podaję, przesłałbym Mu oryginalną korespondencyę komitetu w sprawie ilustrowania Uniwersytetu, z której okazuje się, że ilustrowanie było zamierzone od początku, bez żadnych ograniczeń, na co zgodziłem się, będąc na posiedzeniu Komitetu w Warszawie. Nie było to dla mnie rzeczą trudną, gdyż posiadam kilkanaście albumów portretów znakomitych Polaków, przeszło 2000 sztuk stalorytów, miedziorytów, litografii, drzeworytów i fotografii. A czego mi nie dostawało wówczas, kompletowałem powoli i nawet z uczynności Kolegi korzystałem, mieszkając w Olicie. Gdy we mnie taki grom uderzył, jak wyjazd do Kara-Kała, zaniechałem ilustracyi, nie pewny, ażali rękopis wykończę. Przeszłego lata, gdy Komitet odebrał odemnie pierwszą część rękopisu, przypomniał mi ilustrowanie. Odmówiłem się*) od czynnego udziału, ponieważ osobiste zbiory stały się dla mnie niedostępne, a obarczać kogoś uważałem za rzecz bardzo przykrą. Z doświadczenia bowiem wiedziałem o tem, ile to trudu, pracy, pieniędzy i nieprzyjemności ponieść trzeba, nim się zdobędzie jakiś rysunek, lnb pozwolenie zdjęcifa otogragrafii z obrazu lub sztychu. Komitet przyznał mi słuszność i ilustracyi zaniechano. Po otrzymaniu drugiej części rękopisu, Komitet uznając, że ja w takich warunkach nie mogę zajmować się ilustrowaniem, co coûte que coûte postanowiono,

prosi o wskazanie, jakie portrety możebne są do zdobycia i gdzie ich poszukiwać należy, a Komitet dołoży starań, aby je wyszukać. Wówczas ułożyłem spis i wykazałem w przybliżeniu, gdzie szukać należy. O Wilnie milczałem. W odpowiedzi odebrałem podziękowanie i zapytanie, czy nie znam p. Uzięby, o którym słyszano (Gloger, że ma zbiór rycin. Wskazałem adres. Wówczas proszono mnie, że dla sprawy ilustracyi będzie lepiej, jeżeli ja poproszę w imieniu Komitetu p. Uziębłę. Napisałem list do niego, do Pana i do p. Rusieckiego, któremu przesłałem dezyderata i adres Komitetu, a do Komitetu pisząc, wskazałem adres p. Rusieckiego. Gdy odebrałem od Was list, z którego okazało się, że główny kierunek wzięliście na siebie, niezwłocznie podałem Wasz adres, aby odtąd Komitet w sprawie ilustracyi zwracał się do Was — boć ja mieszkając tak daleko, nie mogłem przyjmować na siebie innych obowiązków, jak tylko informatora, kto, gdzie mieszka i co zrobić obiecuje, — a reszta eo ipso należy już bezpośrednio do Komitetu.

Tak stały rzeczy do kwietnia. W tym czasie odbieram jedną pocztą dwa listy od p. Dikszteina, różnemi czasy pisane. W jednym zawiadamia, że p. Rusiecki nadesłał tyle to kopii i obiecuje wysłać więcej; w drugim komunikuje mi, że na umieszczenie portretów w tekście czasu jest za mało, przeto Komitet postanowił umieścić je na osobnych tablicach — wyłączając portrety powszechnie znane, jak Mickiewicza, Słowackiego i inne — a tablic takich przeznacza od 15 — 25. Prosi mnie więc p. Dikszteìn w imieniu Komitetu, abym trzymając się owego maximum, a (i minimum (a) *) tablic, wybrał ze spisu, który mi nadesłał, najważniejsze portrety. Był to obowiązek dla mnie bardzo przykry wobec wiadomości, ile już Wileńczycy zrobili, a ile obiecują jeszcze; wiedząc również, z jakim to trudem i mozołem ta kolekcya zebrana. Wybrałem 30 tablic, gdyż nie podobna mi było ograniczać się na maximum Komitetu 25 tablic. Przesyłając ów spis, dodałem w liście, że do D-ra Zahorskiego pisać nie będę, ani mu prześlę spisu owych 30 tablic, już choćby dlatego, że Komitet może znowu redukcyę zrobić, niechaj Komitet bezpośrednio w tej materyj przeprowadzi korespondencyę. Poprostu wstydziłem się wykazywać Koledze chwiejność Komitetu w jego postanowieniach.

Wobec tego dziwi mnie ustęp listu pisanego do Pana, w którym p. Dikszteìn wyraża podziwienie, dlaczego ja tak mało wybrałem

*) Nawias wydawcy.

portretów — zapytuję go dziś o bliższe wyjaśnienie w tej materyi, ciekawym co mi odpowie.

Dla mnie, jako autora, pożądaną jest właśnie rzeczą, aby ilustracyi było jak najwięcej, aby te ilustracye były wykonane jak najlepiej. Im sukienka świetniejsza, tem treść dużo zyskuje. Nie jeden dla obrazka zajrzy do książki, a może i coś przeczyta. Łatwo zrozumieć, że ja tracąc na ograniczeniu liczby obrazków, dobrowolnie na to ograniczenie nigdybym nie przystał, gdyby mnie do tego nie zmuszono. A Komitet, ponosząc wydatki, ma prawo decyzyi, a nawet bez apelacyi do mnie. Oto jest prawdziwy stan rzeczy. Najmocniej Was przepraszam, Szanowny Kolego, za tę przykrość, jakiej doświadczyliście, a na jaką wcale nie zasłużyliście.

Serdecznie Was pozdrawiam i całuję.

Bieliński.

List Nr. 4

Kara-Kała, 27 listopada 1899 r.

Szanowny Panie Kolego:

Ostatnią pocztą odebrałem pierwsze arkusze 3-go tomu Uniwersytetu i 19 tablic ilustracyj. Niektóre portrety są przepyszne, jak Księcia Czartoryskiego (czy nie Rustema roboty?), jak Lelewela, biskupa Stroynowskiego. Pod każdym obrazkiem jest podpis, kto fotografował, i z czyjego zbioru rycina pochodzi. Takim sposobem Wasza praca nie poszła na marne, gdyż wykonanie jest rzeczywiście doskonałe i niemałą ozdobą dla mojej pracy służy. Dzięki Wam serdeczne za to.

Zaintrygował mnie portret Franka Józefa. Nigdy nie widziałem podobnego, ale również dobrego pędzla. Ponieważ nie wiem, jakie rysunki uwzględnił ostatecznie Komitet i ile na ogół zostało reprodukowanych, podaję Wam opis tych, które mnie doszły:

1. Dziedziniec Uniwersytetu, 2. Teatr anatomiczny, 3. Obserwatorjum, 4. Pieczęć i berło, 5. Protasewicz, 6. Massalski, 7. Naruszewicz, 8. Poczobut, 9. Stroynowski, 10. Kłągiewicz, 11. Czartoryski, 12. Jundziłł, 13. Śniadecki Jędrzej, 14. Frank Józef, 15. Cappelli, 16. Groddeck, 17. Lelewel, 18. Gołuchowski, 19. Sławiński. Zapewne w kwietniu będzie robota skończona — a zatem i na czas zostanie wykonana. Z Warszawy piszą, że, jakkolwiek nie wszyscy autorowie dopisali, i tylko 7 tomów będzie gotowych na Jubileusz—to Komitet na tem nie poprzestanie, lecz i następne tomy w miarę, jak będą wykończone, będzie drukować; takim sposobem wszystkie szkoły

wyższe dawnej Polski będą monograficznie opisane. Według tejże relacji, brakuje dotąd opis Akademii Połockiej, Uniwersytetu Warszawskiego Alexandryjskiego (1818 — 1831) i Szkoły Głównej Warszawskiej. Odnośnie tej ostatniej, mają dotychczas tylko wydział filozoficzny.

Z okoliczności zbliżających się świąt i Nowego Roku załączam dla Was, Szanowny Kolego, wyrazy prawdziwego poważania i szacunku i pozostaję Waszym sługą powolnym

Bielinski.

List Nr. 5.

2-go stycznia 1900 r.

Szanowny Panie Kolego:

Za uprzejme słowa i pamięć serdecznie dziękuję.

Równocześnie z listem Pańskim odebrałem z Krakowa arkusz 11 i 12 trzeciego tomu. Ponieważ piszecie, żeście w swej rozprawie zdawali sprawę z pamiętników Franka, a ja na str. 171 także wspominam o nich, przeto dla porównania przytaczam ten wyjątek. Chociaż winienem się zastrzedz, że wówczas, gdy ja czytałem Pamiętniki Franka, nie myślałem, że będę pisać o Uniwersytecie, ale zapamiętałem tylko to, co się odnosiło do medycyny na Litwie. Oto ten wyjątek:

„O ówczesnem społeczeństwie Wileńskiem, a przedewszystkiem o świecie lekarskim, dowiadujemy się z Pamiętników Franka. Sąd o lekarzach niepomyślny. Ponieważ Frank nie pisał swych Pamiętników dla przepędzenia li tylko czasu, lecz przeznaczał je dla szerszej publiczności, przeto, jeżeli ten sąd nie jest stronniczym — to daje nam miarę o wielkiej mizerocie ówczesnych lekarzy Wileńskich, bo Frank nikogo nie oszczędza, każdemu ma coś do zarzucenia, a zarzuty są czasami bardzo bolesne. Dopóki więc nie będziemy mieli wiarogodnych wspomnień z owej epoki, przez kogoś innego skreślonych, musimy z krytyką odnosić się do tych pamiętników; chcielibyśmy bowiem, aby rzeczywistość była inną, niż ta, z jaką spotykamy się w Pamiętnikach Franka".

Dziś, naturalna rzecz, już za późno studjować te pamiętniki, bo druk dzieła zbliża się do końca. Ale gdybym przed rokiem miał je w Kara-Kała, nie wątpię, że dużobym odszukał w nich materjału, wyjaśniających niejedną dość ciemną kwestję. Wszystko to już po czasie. Cóż tu mówić o Pamiętnikach. Wierzajcie mi, że niektóre rzeczy, dobrze już opracowane przezemnie, wsadziłem gdzieś, i w ostat-

niej chwili, gdym się pakował do Kara-Kała, nie mogłem wielu odszukać, a o wielu, że były, przypomniałem sobie wówczas, gdym bruljon układał. Czysta bieda, pisać w takich warunkach, jak ja pisałem.

Żegnam Was, Szanowny Kolego, i dobrej pamięci na przyszłość polecam się Sługa powolny

Bieliński.

List Nr. 6.

19 grudnia 1904 r.

Szanowny Kolego:

Jestem bardzo przyciśnięty ogromną robotą, że nie mam literalnie czasu, aby się skupić i jakiś porządny artykuł napisać. Nie mogłem jednak miłego Waszego listu bez odpowiedzi pozostawić — więc co napisałem, przyjmijcie.

Życzę Wam wesołych świąt i pozostaję oddanym Wam sługą

Bieliński.

List Nr. 7 (bez daty).

Szanowny Panie Kolego:

Dziś odebrałem od Was list, w którym zapytujecie się, dlaczego ja w swej historji Towarzystwa Lekarskiego okres II zakończyłem na 1864 r., jakie względy kierowały tym podziałem. Chyba polityczne — gdyż o okresie 3-im wcale nie chciałem pisać. Czy taki podział wytrzymuje krytykę, czy nie jest sztuczny? Czy wytrzymuje krytykę, rzecz druga, a że jest sztuczny, to bardzo naturalne, boć wszystkie podziały historji na okresy są sztuczne. Towarzystwo Lekarskie, jako krew z krwi, kość z kości społeczeństwa, z którego powstało, odczuwało wszystkie oscylacje, jakie dotykały społeczeństwo — nic więc dziwnego, że gdy do fundamentów budowy przykładano topór zniszczenia — nie mogło Towarzystwo nie odczuć tych wielkich zmian, które na życie i działalność tego Towarzystwa zasadniczo wpłynęły. Powtóre, gdybyśmy na chwilę chociaż zapomnieli o względach politycznych, a baczną zwrócili uwagę na życie wewnętrzne Towarzystwa, jako instytucji naukowej, cóż zobaczymy?... do r. 1832 instytucją naukową, quasi akademją nauk, „stricte sic dicto" o wielkiej powadze i poważaniu między zagranicznemi instytucjami, a powadze i ostatniej instancji w kwestjach zdrowotnych, odnośnie administracji. Nie stało Uniwersytetu, pod skrzydłami którego istniało Towarzystwo, niestało i Towarzystwa, przynajmniej takiego Towarzystwa, jakie istniało do 1832 r.

Jakże różnem jest Towarzystwo za czasów Akademji i w okresie poakademickim do przyjazdu Murawjewa do Wilna. Członkowie prawie ciż sami — zasoby naukowe też same, a jednakże duch nie ten, działalność nie ta, dlaczego? — Dlatego, że Administracja paraliżuje najlepsze chęci, wtrąca się do wszystkiego—do pewnych form i rubryk wtłacza poglądy naukowe, które wychodzą w tak zmienionej formie, że są poglądami administracji, a przenigdy poglądami naukowemi. Jest to okres oczekiwania, trwogi, szczególniej po roku 1848. Obawa nie płonna. Nowe rozporządzenia dają życie nowej nieomal instytucji. Powstają nowe formy; żywioły dotychczas prawie nieznane, zajmują pierwsze miejsce, a jest to rok 1865. Administracja wtrąca się do czynności Towarzystwa, coraz to częściej, coraz to gwałtowniej; drukowanie listy członków surowo wzbronione — Słowem suma faktów, stanowiących inaugurację okresu 3-go, jest tak liczebnie imponującą, że odrazu wskazują nowy kierunek, nowy okres. Powiadają, że galwanizować będą trupa.—Niech się schowają, bo wprowadzili tylko wegetację zamiast życia. Mówię o duchu instytucji, nie o pismach perjodycznych, do których nie mam ani sympatji, ani antypatji. Chociażby dla tego, że znakomitsze stowarzyszenia zagraniczne nie czują potrzeby własnego organu, a posiłkują się ogólną prasą lekarską. O trzecim okresie dużoby było do pisania, przeto należy Koledze życzyć, aby wdzięczną tę pracę doprowadził do końca, ciesząc się dobrem zdrowiem. Ja posiłkowałem się protokułami wyłącznie, gdzie niegdzie chwytając rys jakiś z życia społeczeństwa.

Pozostaję sługą powolnym

Bieliński.

Tutaj następuje „post scriptum“, które opuszczamy.

Bibljograficzną notatkę posłałem parę dni temu. Obecnie żądacie curriculum vitae. Wszakże w cyrkularzu Waszym o niem niema wzmianki. Jeżeli takowe będzie koniecznem, znajdziecie w Encyklopedji Ilustrowanej przez Pługa (Pietkiewicz Antoni).

List Nr. 8 (bez daty).

Szanowny Panie Kolego:

Pan Dr Wacław Sobieski, delegat Akademji, pierwszy raz jest w Wilnie, pragnąłby przejrzeć niektóre archiwa i bibljoteki, ze względu na „Zamościana“, które wydaje. Otóż bądźcie łaskawi, ułatwić Doktorowi, o ile to będzie w Waszej możności.

Łączę zapewnienia wysokiego szacunku

Bieliński.

Protokół
Naukowego Posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

w dniu 29-go stycznia 1930 roku.

Przewodniczy prof. *J. Szmurło.*

Obecnych 27 członków oraz 14 gości.

I. Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

II. Dr. *J. Kucharski* — a) Pokaz chorego J. J. lat 26, który był przywieziony na Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Jakóba z raną postrzałową brzucha: wlot w linji pachowej prawej (w XII przestrzeni międzyżebrowej) wylotu brak. Ciepłota normalna, tętno 74, błony śluzowe różowe, stłumienia w dole brzucha brak, gazów nie oddaje: mocz otrzymany przy cewnikowaniu czysty. Punkt bolesny z tyłu, w pobliżu kręgosłupa, na poziomie mniej więcej I — II kręgu lędźwiowego.

Operacja stwierdziła krwotok w jamie brzusznej, przestrzał prawego płatu wątroby oraz jelita grubego w zgięciu wątrobowem (flexura hepatica); otwór wylotu przeszedł pozaotrzewnowo. Dokładna kontrola jelit cienkich, grubych i żołądka nie wykazała obrażeń. Szwy na wątrobę i jelita, zaszycie powłok z pozostawieniem sączka. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Röntgen wykazuje kulę browningową na wysokości I-go — II-go kręgu lędźwiowego;

b) Chory lat 36, dostarczony w 4 godziny po wypadku z raną kłutą poniżej lewego łuku żebrowego. Brzuch wzdęty, ciepłota 36^0, 8, tętno 94, wymiotów brak.

Operacja wykazała: 2 rany kłute esicy i jej krezki, krwawienie z sieci. Zaszycie ran kłutych jelita i sączkowanie rany. Przebieg pooperacyjny z wyraźnem podrażnieniem otrzewnej; powikłania w postaci zapalenia ropnego gruczołu przyusznego prawego.

W obu przypadkach stwierdza się zasada, iż należy w czasie zabiegu dokładnie i ściśle skontrolować trzewia i narządy jamy brzusznej, a nie ograniczać się tylko na zbadaniu bliskiego otoczenia miejsca, które zostało uszkodzone.

III. D-r *Żarcyn*: a) Pokaz ciała obcego (część agrafki) wydobytego z jelita cienkiego. Chora lat 30, po połknięciu ciała obcego, uskarżała się na silne bóle w jamie brzusznej. Miejsce najbardziej bolesne w okolicy kątnicy. Operacja usunięcia ciała obcego. W 24 godz. po zabiegu operacyjnym chora dostała ataku furji: w tym czasie ogólny stan znacznie się pogorszył i chora zmarła. Na sekcji stwierdzono w miednicy małej ropę, która pochodziła z ropnego guza przydatków;

b) Pokaz woreczka żółciowego wypełnionego dużą ilością kamieni; pęcherzyk był przedziurawiony w miejscu przylegania do wątroby. Zrostów nie było.

Dyskusja. Prof. *A. Januszkiewicz* po otrzymaniu od referenta dodatkowych wyjaśnień, że zabiegu operacyjnego dokonano w 3 tygodnie po połknięciu igły oraz, że igła leżała swobodnie w świetle jelita, uważa, iż może by było rzeczą wskazaną w podobnych przypadkach, mając na względzie możliwość mechanicznego usunięcia ciała obcego z jelita, podawanie pokarmu obfitującego w resztki pokarmowe oraz aplikowanie środków czyszczących.

Przytacza następnie własny przypadek, usunięcia igły krawieckiej której koniec sterczał ponad powierzchnią skóry w okolicy ramienia, igła dostała się tam niepostrzeżenie dla chorego z tużurka i sprawiała choremu w ciągu 36 godzin dotkliwe bóle.

Prof. *K. Michejda* — mówi o przypadku połknięcia przez dziecko igły i znalezieniu jej w czasie zabiegu w jamie brzusznej, w okolicy jelita ślepego. Niewątpliwie igła musiala się tam dostać po uprzedniem przedziurawieniu jelita. Przemawiałby ten fakt za tem, że przedziurawienie jelita igłą może nie wywołać procesu zapalnego ze strony otrzewnej.

D-r *L. Achmatowicz* opierając się na tem, że igłę znaleziono w tem właśnie miejscu jamy brzusznej, sądzi, że mogła ona była wyjść z jelita w drodze pozaotrzewnowej.

D-r *M. Trzeciak* mówi o trudnościach, jakie mogą powstać w czasie zabiegu z powodu lokalizacji igieł i przytacza kilka przypadków z własnej praktyki. W sprawie przypadku drugiego stwierdza, że przedziurawienie pęcherzyka żółciowego w miejscu przylegania do wątroby jest zjawiskiem względnie częstem.

Prof. *J. Szmurło* w związku z możliwością wędrowania igieł w ustroju przypomina o przypadku, cytowanem w podręczniku medycyny sądowej, gdzie igłę, która się dostała do matki, będącej w okresie ciąży, stwierdzono w nóżce noworodka. Zapytuje poza tem, czy były jakiekolwiek objawy ze strony macicy.

D-r *Zarcyn* stwierdza w końcu, że do wykonania zabiegu operacyjnego w przypadku pierwszym skłoniły go dotkliwe bóle, jakich doznawała chora w okresie przedoperacyjnym. Objawów ze strony macicy nie było żadnych.

IV. Pro. *K. Michejda* przedstawia chorą, operowaną z powodu bąblowca wątroby zropiałego. Objawy kliniczne u chorej były objawami kamicy żółciowej, powikłanej zakażeniem (wysoka gorączka) i żółtacz-

ka. W czasie zabiegu operacyjnego obecności kamieni nie stwierdzono, ani też nie stwierdzono szczególnych zmian zapalnych w drogach żółciowych. Na wypukłości wątroby znajdował się nieco nad powierzchnię wątroby wystający szary guz, z którego nakłuciem wydobyto ropę. Założono przetokę żółciową na woreczku (cholecystostomia), poczem nacięto guz, wyskrobano wszystkie znajdujące się w nim pęcherzyki (badaniem mikroskopowem stwierdzono obecność charakterystycznych haczyków) i wytamponowano go. Żółtaczka cofnęła się zwolna, gorączka ustąpiła krytycznie. Rana jest na wygojeniu, w chwili demonstracji stolce są zabarwione, przetoka wydziela bardzo mało żółci. Mówca wyraża przypuszczenie, że żółtaczka spowodowana była oddziaływaniem zropiałego guza na drogi żółciowe.

Dyskusja. Prof. *A. Januszkiewicz* mówi o skutecznem działaniu rzodkiewki przy kamieniach żółciowych, zapaleniach pęcherzyka żółciowego etc.

D-r *Zarcyn* zapytuje, czy nie notowano u chorej eozynofilji.

Prof. *K. Michejda* — Eozynofilji nie stwierdzono.

Prof. *A. Januszkiewicz* — Ezynofilja nie jest we wszystkich przypadkach wskaźnikiem miarodajnym dla bąblowca, daleko pewniejsze wyniki otrzymuje się, stosując szczepienie skórne płynu bąblowcowego.

V. Dyskusja w sprawie odczytu D-r *H. Rudzińskiego*, wygłoszonego na poprzedniem posiedzeniu.

Prof. *J. Szmurło* zapytuje, czy i w jakim stopniu pomoc finansowa ze strony fundacji Rockefellera przyczyniła się do budowy Zakładów leczniczych w Jugosławji?

D-r *H. Rudziński* — Pomoc pieniężna z funduszów Rockefellera była niezawodnie, szczególnie w miastach, dość znaczna, jakkolwiek zwłaszcza kiedy chodzi o zakłady lecznicze na prowincji, udział sfer państwowych jugosłowiańskich był prawie wyłączony z pewnem tylko poparciem finansowem T-wa Serbsko-Amerykańskiego (Ameryka posiada dość znaczną emigrację serbską).

VI. D-r *F. Hryniewiczówna.* a) Wypowiada kilka uwag o histologji ziarnicy złośliwej z pokazem preparatów: W przypadku, jaki przedstawiam uwadze Towarzystwa, obraz mikroskopowy jest bardzo charakterystyczny dla ziarnicy złośliwej. Mam właśnie na celu zademonstrowanie preparatu, wziętego w okresie największego rozwoju ziarnicy w węźle chłonnym, okresu, który nazwać należy okresem rozkwitu.

Rozpoznawanie w tym okresie ziarnicy złośliwej jest najłatwiejsze, wyrażone są bowiem wszystkie objawy cechujące tę sprawę, a więc widoczne są w preparacie liczne komórki Sternberga i inne

komórki, cechujące przewlekłą sprawę zapalną, między innemi k-ki eozynochłonne.

Rozpoznanie więc sprawy chorobowej w tym okresie, jest bardzo łatwe w porównaniu z innemi okresami, a szczególniej z okresem pierwszym, początkowym, w którym zaznacza się brak komórek Sternberga, jak również w końcowym gdzie rozrośnięta tkanka łączna włóknista nie daje cech, mogących odróżnić ziarnicę złośliwą od innych spraw, kończących się zwłóknieniem.

Przypadek dotyczy dziecka 3 letniego, u którego operacyjnie zostały usunięte bardzo powiększone i twarde węzły chłonne na szyi. Sprawa była rozpoznana histologicznie już po operacji, kiedy chore dziecko było zabrane przez rodziców z kliniki.

Nie można było wobec tego przeprowadzić badań doświadczalnych, które zawsze są dokonywane w Zakładzie Anatomji Patologicznej, o ile istnieje podejrzenie na ziarnicę i o ile otrzymany materjał jest świeży. Prelegentka zwraca się przeto do ordynatorów i kierowników szpitali o dopomożenie w uzyskiwaniu materjału, pobranego od chorych na ziarnicę złośliwą w celu dokonywania szczepień na zwierzętach.

Jeżeli rozpoznanie histologiczne ziarnicy złośliwej w przypadkach klasycznego przebiegu jest bodaj że jednem z najłatwiejszych, to wiadomą jest rzeczą, że istnieją przypadki lymfogranulomatozy nie dające w całym przebiegu sprawy i w żadnych z jej okresów tych charakterystycznych objawów, na których opieramy nasze rozpoznanie, a mianowicie: zespołu komórek Sternberga z komórkami eozynochłonnemi. Ziarnica w tych przypadkach, powstająca w węzłach chłonnych, nie posiada więc tych cech, któreby dały możność histologowi wypowiedzieć się kategorycznie za lymfogranulomatozą. W tych przypadkach rozpoznanie może być oparte głównie na podstawie obrazu klinicznego. Nie należy się przeto dziwić, jeżeli w klinicznym przebiegu ziarnicy będą rozbieżności pomiędzy kliniką a badaniem anatomopatologicznem. W ostatnich czasach ze strony anatomopatologów wypowiedziano przypuszczenie (Doc. M. Brandt, prosektor Zakładu anat. patol. w Rydze — vide-Virchows Archiw I.272, r. 1929), że tkanka w ziarnicy złośliwej jest tylko oznaką ciężkiego uszkodzenia aparatu śródbłonkowo-siateczkowatego przez różne przyczyny, lecz nie wskazuje na chorobę sui generis. (Streszczenie własne).

b) Badanie oxydaz w leukocytach krwi według Epsteina.

W Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B. robione są próby zastosowania sposobu barwienia peroxydazy komórek tkankowych. —

Sposób ten daje bardzo ładne obrazy w preparatach krwi, a jest mało znany, pomimo, że na równi z barwieniem Giemsy może być zastosowany w badaniach klinicznych dla odróżnienia elementów, zawierających oxydazy.

Posiada on również znaczenie teoretyczne w sprawie pochodzenia monocytów, które wykazują pewną ilość oxydaz.

Zasada odczynu polega na tem, że wskutek zadziałania roztworem α — Naphtolu a następnie roztworem błękitu toluidynowego zachodzi w protoplazmie komórek, zawierających zaczyny utleniające, reakcja chemiczna, która się ujawnia pod mikroskopem w postaci ziarnistości o wybitnie zielonem zabarwieniu.

Technika sporządzania preparatów jest następująca: swieży preparat mazany utrwala się w mieszaninie alkoholu i spirytusu przez 3 minuty, spłukuje się w wodzie i wkłada na 3 minuty do rozczynu Grahama.

alkohol 40%	100,0
α — naphtol	1,0
3% H_2O_2	0,2

Poczem znowu spłukuje się krótko w wodzie i barwi błękitem toluidynowym przez 15 min. (do 24 godz.), następnie szybko spłukuje się w wodzie, zanurza na 1 sek. do 1% rozczynu taniny i wysusza bibułą.

Wyniki barwienia są następujące: elementy oxydazo-dodatnie, do których należą leukocyty obojętnochłonne, eozynochłonne i monocyty, wykazują w protoplazmie ziarnistość o intensywnem zielonem zabarwieniu. Limfocyty tej ziarnistości nie wykazują, protoplazma ich barwi się na niebiesko, jądra na fioletowo. Czerwone ciałka krwi są matowo-zielone.

Doskonałe wyniki oraz niezmiernie prosta technika barwienia, upoważniają do zalecania tej metody jako jednego ze środków pomocniczych w djagnostyce różnicowej białaczki. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Prof. *K. Opoczyński* zwraca uwagę, że metoda Epsteina pozwala na wykazywanie oksydaz również w tkankach.

c) Pokaz wątroby z dużą jamą gruźliczą.

Gruźlica w wątrobie występuje najczęściej jako postać prosówkowa i jest jednym z objawów ogólnej gruźlicy ustroju.

Charakterystycznem dla tej postaci jest to, że gruzełki są bardzo drobne i makroskopowo nie dają się zauważyć. Czasami tylko widuje się ogniska nieco większych rozmiarów, np. wielkości grochu; składają się one wtedy z mas serowatych, w środku rozmiękczonych. Gdy spra-

wa szerzy się dalej, ogniska powiększają się i zlewając się ze sobą tworzą jamy, które jednak bardzo rzadko sięgają większych rozmiarów. Preparat, jaki przedstawiam, posiada jamę o średnicy 28 cm.

Przypadek dotyczy 22-letniego mężczyzny, którego zwłoki dostarczone były do Zakładu Anat. Pat. U. S. B. z rozpoznaniem: abscessus hepatis.

Rozbiór zwłok stwierdził: Status post laparatomiam. Tuberculosis miliaris pulmonum. Hypertrophia et myodegeneratio cordis. Pericarditis serosa. Tumor lienis chronicus. Hypertrophia et degeneratio adiposa renum. Hyperaemia ventriculi. Degeneratio substantiae medullaris glandularum suprarenalium. Peritonitis serosa. Caverna phthisica lobi dextri hepatis. Hypertrophia et degeneratio lobi sinistri hepatis.

Wątroba jest znacznie powiększona (waga 2475 gr.) o spoistości miękkiej. Cały prawy płat przedstawia się jako duża torbiel, zawierająca około 5 cm płynu ropnego. Ściana torbieli grubości $^{1}/_{2}$ cm, miejscami zawiera dużo blaszek o spoistości kości. Wewnętrzna powierzchnia ściany jest pofałdowana, barwy szaro-żółtej. Miąższ w stanie zaniku. Lewy płat jest również powiększony, płaski — 8 cm grubości. Budowa lewego płatu wyraźnie się zaznacza, na przekroju — barwy szaro-żółtej. Badanie mikroskopowe wykazało w samej tkance wątrobowej bardzo znaczne przekrwienie żylne i liczne, prawie w każdem polu widzenia, drobne podprosówkowe gruzełki z komórkami olbrzymiemi.

Sciana torbieli utworzona jest z tkanki łącznej włóknistej, bliznowatej, z naczyniami krwionośnemi bardzo szerokiemi i wypełnionemi krwią. W tkance łącznej znajdują się nacieki okrągłokomórkowe, wśród komórek tu znajdujących się widoczne są komórki nabłonkowate i plazmatyczne.

W rozpoznaniu różnicowem należy uwzględnić bąblowca, ktorego wykluczamy, ponieważ badanie mikroskopowe nie wykryło otoczki chitynowej. Odrzucić musimy również przypuszczenie ograniczonego ropnia, gdyż nigdzie nie wykryto jego źródła, natomiast stwierdzona gruźlica płuc oraz badanie histologiczne, dostatecznie uzasadniają rozpoznanie ogniska gruźliczego, które uległo rozmiękczeniu. (Streszczenie własne).

VII. *Dr. Łuczyński* przedstawia: a) przypadek mieszańca przyusznicy, b) przypadek obustronnych nerek torbielowych (ogłoszone w tym samym zeszycie Pamiętn. Wileńsk. Tow. Lek. (patrz str. 167).

Dyskusja: Dr. *Rosset* w związku z przypadkiem nowotwora mieszanego podaje, że spostrzegany przez niego nowotwór podobnego typu

rozwijał się stosunkowo dość wolno, dochodząc w końcu swego istnienia do wielkości pomarańczy.

W tym czasie guz usunięto, poczem zapobiegawczo zastosowano naświetlania promieniami Röntgena. Po 3-ch miesiącach chory zaczął odczuwać ból w prawym barku, a powtórna operacja stwierdziła mięsak z przerzutami do innych okolic. Przypadek zakończył się zejściem śmiertelnem.

Co się tyczy sprawy, czy mieszańce należą do grupy nowotworów dobrotliwych, czy też złośliwych, mówca uważa, iż przypuszczalnie mają one przebieg łagodny tylko w okresie początkowego rozwoju, co nieraz trwa czas dłuższy, poczem mogą nagle stać się złośliwemi, doprowadzając do fatalnego końca.

Prof. *K. Opoczyński*: Z punktu widzenia badań anatomo-patologicznych, mieszańce mają często cechy guzów złośliwych, jakkolwiek z przebiegu klinicznego mają raczej charakter guzów łagodnych, do których mówca skłonny jest je zaliczyć.

Duże znaczenie pod tym względem posiada stwierdzenie, czy guz jest otorbiony, czy też zwarty z tkanką okoliczną, co jest złą oznaką dla dalszego przebiegu choroby.

Prof. *A. Januszkiewicz* — odnośnie do przypadku torbielowego zwyrodnienia nerek podaje szereg szczegółów z karty klinicznej. Chorego przywieziono do II kliniki wewnętrznej w stanie napół przytomnym; z wywiadu wynikało, że chory przed $1^1/_2$ rokiem przebył zapalenie nerek, które trwało 6 miesięcy. Ostatnio chorował na grypę, poczem stan jego znacznie się pogorszył. Stwierdzono: osłabienie ogólne, akcja serca również słaba, od czasu do czasu wymioty, ciepłota normalna; ciśnienie krwi — mx. 85, mm. 65; bezmocz (6 g. moczu) 1010, ślady białka, nieliczne ciałka ropne, brak wałeczków. Ilość azotu, kwasu moczowego i kreatyniny powiększona. Rozpoznanie—mocznica oraz nephrocirrhosis secundaria z azotemją przy jednoczesnem niskiem ciśnieniu krwi, co niejednokrotnie w klinice da się zauważyć.

Stwierdzenie azotemji przy równoczesnem niskiem ciśnieniu krwi każe myśleć raczej o torbieli nerek, niż o ich marskości.

Jak stwierdziło badanie anatomo-patologiczne, w przypadku omawianym obraz mikroskopowy wykazywał zwyrodnienie nerek śródmiąższowe (rozrost tkanki łącznej i zanik kłębuszków).

Wobec tego, że chory w czasie pobytu w klinice miał stale brzuch wzdęty i wymiotował, nerek za życia nie wyczuto należycie.

Dr. *M. Trzeciak*: W większości przypadków, obserwowanych przez mówcę, guzy mieszane miały przebieg złośliwy.

Sekretarz: *E. Czarnecki*

Protokół

posiedzenia naukowego Wileńskiego Towarz. Lekarskiego
z dnia 12 lutego 1930 rokn.

Przewodniczy prof. *Szmurło*. Obecnych członków 27, gości 22.

Część administracyjna. 1. Prof. *Szmurło* informuje o zawarciu umowy pomiędzy Wileńskiem Towarzystwem Lekarskiem a Zarządem Bibljoteki im. Wróblewskich. Po odczytaniu umowy przez Doc. Safarewicza Dr. Wirszubski radzi ustalić sumę wydatków, związanych z bibljoteką. Doc. Safarewicz uzasadnia szczegółowo punkty umowy. Umowę przyjęto jednomyślnie.

2. Na członka T-wa przyjęto jednogłośnie Dr. Janinę Ryll-Nardzewską.

3. Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia profes. *Szmurło* przedstawia przypadek guza podniebienia twardego u kobiety; chora była operowana nożem diatermicznym. Badanie guza wykazało budowę cylindromatu. Wynik operacji pomyślny — pozostał nieznaczny otwór w podniebieniu, zmniejszający się powoli.

Dr. *Zarcyn* zapytuje, jaki aparat był zastosowany. Prof. Szmurło: używano żegadła diatermicznego.

4. Dr. *Zarcyn* przedstawia: a) dziecko, operowane z powodu „spinae bifidae". Dziecko rusza dobrze kończynami dolnemi, mocz oddaje prawidłowo. Stosowano metodę operacyjną kostno-plastyczną, polegającą na tem, że po oddzieleniu powierzchni kostnych płaskich po obu stronach otworu, ścięto je z jednej strony mocnemi kleszczami, odłamano dłutem, odwrócono ku wewnątrz, zakrywając w ten sposób otwór. Na tę warstwę zakłada się płat z mięśni razem z powięzią. Wynik operacji dobry.

b) drugi przypadek dotyczy współistnienia cierpienia jajnika i wyrostka robaczkowego. Operacja wykazała skrzepy krwi w jamie brzusznej. Po usunięciu ich okazało się, że jajnik i wyrostek były przymocowane do ściany jamy brzusznej. W jajniku otwór po przedziurawieniu.

W dyskusji: dr. *Łukowski* podkreśla, że w przypadkach „spinae bifidae" spotykamy też „hydrocephalus acutus internus". *Bókay* uważa, że w tych przypadkach nie należy operować. Sposobem prześwietlenia czaszki nieraz można to rozpoznać. Dr. *Zarcyn* dodaje, że w przypadku „spinae bifidae" czasem hydrocephalus internus nie odgrywa roli, gdyż dzieci te nieraz doskonale rozwijają się umysłowo.

5. Dr. *Kucharski* przedstawia chorego, operowanego z powodu

przedziurawionego wrzodu żołądka. Chory zachorował nagle — objawy zapaści, silne bóle w dołku podsercowym. Leczył się z powodu wrzodu żołądka od dłuższego czasu. W 2 godziny po wystąpieniu bólów stwierdzono: t^0 $37,3^0$, tętno 96, brzuch nieco napięty w okolicy m. rect. d.; chory gazów nie oddaje, wymiotów nie było, przelewanie treści jelitowej słyszalne. Wobec niewyraźnych objawów postanowiono czekać. W 2 godziny później wystąpiły nieznaczne bóle z promieniowaniem ku obojczykowi lewemu, tętno 108, brzuch nieco wzdęty. Operacja wykazała wrzód modzelowaty wielkości prawie dłoni na krzywiźnie małej, z przesunięciem w stronę wpustu, oraz duże przedziurawienie. Wobec stanu wyniszczenia chorego ograniczono się do zamknięcia przedziurawienia. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na atypowość przebiegu.

W dyskusji Dr. *Zarcyn* uważa, że w tym przypadku można spodziewać się nowego napadu.

Dr. *Kucharski* wyjaśnia, że zwykle po operacji chorzy z oddziału chirurgicznego przechodzą do kliniki chorób wewnętrznych i tam pozostają dla dalszego leczenia.

6. Dr. *Trzeciak* demonstruje: a) chorego po dokonanej neurolizie (n. median. et ulnaris) z następczem leczeniem jonizacją. Wynik bardzo dobry.

b) przypadek złamania łopatki po urazie.

W dyskusji: Dr. *Zarcyn* uważa, że w przypadku pierwszym nic nie można było innego zrobić, prócz neurolizy. Często zdarza się, że przerwa włókien nerwowych bywa w innem miejscu, a nie tam, gdzie był ucisk.

7. Dr. *Frydman* wygłosił odczyt p. t. „wartość kliniczna niektórych metod badania zawartości białka w płynach ustroju i jego wydzielinach" (autoreferatu nie dostarczono).

Prof. *Muszyński* zaznacza, że demonstrowany przez prelegenta przyrząd można byłoby wykonać u nas w Polsce. Doc. *Safarewicz* uważa, że siła oświetlenia może wpływać na różnice w odczytywaniu wyników.

W odpowiedzi Dr. *Frydman* podkreśla, że kosztownym jest tylko refraktometr. Co do wpływu oświetlenia na otrzymane wyniki, to uważa, że są one jednakowe przy różnem oświetleniu.

8. Doc. *Abramowicz* wygłosił odczyt p. t. „O uszkodzeniach oka niektóremi środkami kosmetycznemi, używanemi do barwienia włosów". (autoreferatu nie dostarczono).

Dyskusja: Prof. *Muszyński* zapytuje, czy prelegent badał skład

poszczególnych barwików; mówca nie wątpi, że zawierają one sole miedzi, lecz nie jest prawdopodobne, by te sole mogły wywołać tak duże zmiany w oku. Najbardziej jadowite mogły być tu związki fenolowe.

Dr. *Trzeciak* podaje, że widział kilka przypadków zakażenia krwi po użyciu lakieru do paznokci; to samo można zauważyć przy użyciu tkanin farbowanych.

Dr. *Mienicki* uważa, że podobne uszkodzenia należą do rzadkich i podaje, że spostrzegał przypadek znacznego obrzmienia dziąseł po użyciu szminki do ust.

Prof. *Szmurło* podnosi znaczenie społeczne odczytu doc. Abramowicza. Należałoby tę pracę rozpowszechnić w pismach ogólnych.

Sekretarz Dr. *T. Wąsowski.*

Protokół
naukowego posiedzenia Wileńskiego Towarz. Lekarskiego
z dnia 26 lutego 1930 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło*. Obecnych członków 16, gości 15.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2 Prezes odczytuje komunikaty: a) odezwę do lekarzy, zamieszkałych na terenie Województwa Wileńskiego, o powstaniu Sekcji Wojewódzkiej Wil. Tow. Lekarskiego; b) komunikat Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej w sprawie budowy sanatorjum dla akademików; c) pismo prof. Bujwida z Krakowa w sprawie utworzenia komitetu ku uczczeniu pamięci prof. F. Widala; d) ogłoszenie o wolnych posadach lekarskich.

3. Dr. *Rosset*: Pokaz chorej z I Klin. Wewn. U. S. B.—z wrodzoną wadą serca. Rozpoznanie waha się między „ductus Botalli persistens" i „Conostenosis aortae" (Streszczenia nie podano).

Dyskusja: Prof. *A. Januszkiewicz*. Przypadek jest niepowszedni i zasługuje na uwagę. Przy pobieżnych oględzinach chorego stwierdzamy niezawodnie zmiany w łuku tętnicy głównej. Brak przegrody międzykomorowej może nie dawać szmeru.

Pr. *Z. Orłowski* — uważa za niewyjaśnione, dlaczego w przedstawionym przypadku tętno z prawej strony jest słabo wyczuwalne. Należy przypuszczać współistnienie „Ductus Botalli persistens" et „Stenosis aortae anonymae". W art. femoralis u chorej tętna nie udaje się stwierdzić.

Dr. *Zarcyn*. Sądząc z obrazu Roentgenowskiego, więzadełko, stwierdzone w linji środkowej, uważać należy nie za platysma myoides, lecz za fascia superficialis colli propria.

4. Dr. *Rywkind*. Pokaz ośmiomiesięcznego dziecka z ropotokiem ucha prawego i porażeniem nerwu twarzowego. Dziecko poprzednio chorowało na zapalenie płuc, zaburzenia jelitowe i odrę. Zniszczenie błony bębenkowej. Odczyn Pirqueta ujemny, myśleć jednak należy o gruźliczem pochodzeniu schorzenia.

Dyskusja: Prof. *J. Szmurło* zapytuje o wyniki badania ropy, mówca odpowiada, że ropy nie badano.

Dr. *Lewande* dodaje, że u dziecka istnieje również stan zapalny ucha lewego z wysiękiem śluzowym bez zapachu. Z prawego ucha wydziela się cuchnąca ropa, błony bębenkowej brak i znaczna część kości jest obnażona; przed 4 dniami wystąpiło porażenie nerwu twarzowego. Niejednokrotnie w przypadkach gruźliczego schorzenia ucha odczyn Pirqueta wypada ujemnie.

Na podstawie obrazu klinicznego, wyglądu *zewnętrznego* i zapachu ropy przypuszczać należy gruźliczy charakter procesu chorobowego.

Prof. *J. Szmurło* zwraca uwagę na powiększenie gruczołów szyjnych i sądzi, że rozpoznanie nie podlega wątpliwości.

5. Dr. *Markiewicz* przedstawia chorych z Kliniki Ocznej U.S.B.

a) chłopiec 7-o letni. Stwierdzono zapalenie i nadżerki w kącie wewnętrznym z podwinięciem rzęs oka prawego, wkrótce potem wystąpiło znaczne powiększenie i stwardnienie gruczołów okołousznych. Odczyn Wa.—wybitnie dodatni (+ 4).

W wydzielinie bakterjoskopowo nic nie wykryto. Rozpoznanie: Ulcus durum,—prawdopodobnie wskutek wylizywania podwinięiych rzęs.

b) 30 letni robotnik, który od roku stopniowo traci wzrok w oku prawem zrazu w postaci lekkiej zasłony, później chmury przesłaniającej oko. Plamka rogówki, a w ciałku szklistem twór kulisto pęcherzykowaty z odnogą, idącą od pęcherzyka. Rozpoznanie: Wągr ciała szklistego. Według statystyki Wieczorka notują zagranicą na 1000 chorych 1 przypadek wągrów oka, w Warszawie 1 na 700, w Wilnie na podstawie materjału opracowanego w Klinice Ocznej—1 na 3000.

6. Docent *I. Abramowicz*. Pokaz chorej. Ropne zapalenie błony śluzowej spojówki powiek wskutek użycia kosmetyków do barwienia rzęs.

Dyskusja: Dr. *M. Obiezierski*. Szkodliwe działanie środków kosmetycznych notują również ginekolodzy; mówca zna przypadek: Pruritus vulvae, leczony bezskutecznie przez szereg lat. Całkowite wyleczenie nastąpiło dopiero, gdy Bumm namówił chorą do zaprzestania farbowania włosów.

7. Dr. *Wirszubski.* W sprawie zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego. (Streszczenia nie nadesłano—przeznaczone do druku).

Dyskusja: Dr. *Lewande.* W omówionym przypadku stwierdzono przekrwienie muszli nosowej, ropy nie było. Po usunięciu muszli środkowej, ustąpiło przekrwienie i bóle głowy, trudno jednakże dać stanowczą odpowiedź, co tu mogło wywołać zapalenie nerwu wzrokowego.

Prof. *J. Szmurło* ogłosił w roku 1914 przypadek, w którym po otwarciu zatoki klinowej nastąpiło wyleczenie stanu zapalnego nerwu wzrokowego.

Sprawa zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego jest dość znana pomiędzy otolaryngologami i okulistami. Przyczyny mogą być różnorodne, a więc procesy w zatoce klinowej, zatrucie z zatok, zwłaszcza w sprawach ropnych i to nietylko z zatoki klinowej, lecz też sitowej i szczękowej. Na podstawie prac Withe'a nawet tam, gdzie niema cierpienia, umiejscowionego zatoki klinowej, otwarcie jej może znacznie polepszyć stan chorego, prawdopodobnie dzięki usunięciu zastoju żylnego. Przyczyny toksyczne, wywołujące stan zapalny nerwu wzrokowego, mogą polegać na zatruciu jadami zewnętrznemi: jak alkohol i nikotyna, oraz wewnętrznemi, wydzielanemi przy istnieniu procesu ropnego w zębach albo migdałkach.

Ponadto rola czynnika wywołującego w pozagałkowem zapaleniu nerwu wzrokowego przypada także wieloogniskowemu rozsianemu stwardnieniu mózgu i rdzenia pacierzowego (selerosis multiplex).

W Klinice Ocznej U. S. B. obserwowano w istocie kilka przypadków „sclerosis multiplex“ i dwustronnego zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego.

Poza tem według statystyki Szkockiego T-wa Rino- i Oftalmologicznego od dziesięciu do piętnastu procentów wszystkich przypadków zapalenia pozagałkowego nerwu wzrokowego uznać należy jako następstwo procesów, toczących się w zatokach.

W przypadku obecnie omawianym „restitutio ad integrum“ nie nastąpiło prawdopodobnie dlatego, że proces był zbyt zaawansowany i trwał zbyt długo. W przypadkach „neuritis retrobulbaris“ mianowicie wyniki pomyślne otrzymuje się zwykle tam, gdzie proces trwa nie więcej jak kilka tygodni.

Dr. *Wirszubski* dodaje, że ogłasza ten przypadek, gdyż dotychczas nie spotkał się z należytem wyodrębnieniem tej jednostki chorobowej w piśmiennictwie neurologicznem polskiem.

K. Czarnecki.

Sprawozdanie z działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie za rok 1928/29.

W roku sprawozdawczym Stowarzyszenie straciło 1 członka honorowego ś. p. D-ra Stanisława-Gracjana Peszyńskiego, 3-ch członków zwyczajnych ś. p. Dr. Jana Cumpfta, ś. p. Dr. Tomasza Bronowskiego i ś. p. Dr. Leopolda Toczyłowskiego. Wystąpiło ze Stowarzyszenia 3-ch członków, wykreślono na skutek wyjazdu 3-ch członków; jeden członek Dr. Jerzy Marcińczyk został wykluczony ze Stowarzyszenia na podstawie uchwały Zebrania Ogólnego; w końcu roku sprawozdawczego Stowarzyszenie liczyło 145 członków.

Zarząd Stowarzyszenia odbył 6 posiedzeń, Rada 10, w tem łącznie z Zarządem 4. Ogólnych Zebrań odbyło się 6, poza tem zostało zwołane w dniu 13.VI ogólne zebranie wszystkich lekarzy Polaków, mieszkających w Wilnie, w sprawie wyborów do Rady Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej.

Odczytów na zebraniach ogólnych wygłoszono 3.

1) Dr. J. Muraszkówna — Sprawozdanie z działalności Stacji Opieki nad dzieckiem Nr. 6.

2) Dr. Mórawski — Eugenika, a życie praktyczne.

3) Dr. J. Pióro — Obrona przeciwgazowa.

Na wniosek Rady Stowarzyszenia zorganizowano uroczystą akademję na cześć Prezesa Honorowego Stowarzyszenia ś. p. Dr. Ludwika Czarkowskiego łącznie z innemi instytucjami społecznemi, w których pracował Zmarły. Zamówiono dwa duże portrety, z których jeden ofiarowano wdowie p. Melanji Czarkowskiej, drugi, stanowiący własność Stowarzyszenia, znajduje się obecnie w sali Wil. Tow. Lekarskiego, wobec braku własnego lokalu Stowarzyszenia. Wdowie po ś. p. Dr. Czarkowskim wypłaca się stała zapomoga w wysokości 50 zł. miesięcznie. Ufundowano pomnik na grobie ś. p. Dr. Czarkowskiego wspólnie z Towarzystwem Przyjaciół Nauk, Związkiem Bibljotekarzy, Wileńskiem Towarzystwem Lekarskim i Towarzystwem Lekarzy Polskich w Warszawie.

Z okazji 10-cio lecia istnienia Stowarzyszenia wybrano na członków honorowych kolegów: Dr. Hanusowicza, Dr. Maczewskiego, Dr. Pizaniego. Zorganizowano w marcu 1929 r. jubileuszową herbatkę towarzyską, w której wzięli udział członkowie Stowarzyszenia i ich rodziny.

Uzyskano od Władz Wojskowych zezwolenie należenia do Sto-

warzyszenia dla lekarzy wojskowych, którzy zostali zwolnieni od balotowania przy wstępowaniu do Stowarzyszenia.

Celem ułatwienia młodszym kolegom należenia do Stowarzyszenia zniesiono składki członkowskie dla lekarzy w ciągu jednego roku od ukończenia studjów.

W porozumieniu ze Związkiem Lekarzy Żydów zostało utworzono Pogotowie nocne; główne wytyczne organizacji pracy w tem Pogotowiu opracowali delegaci obu Stowarzyszeń, uczestnicy zaś pogotowia zostali wybrani przez Biura Pracy Stowarzyszenia Lekarzy Polaków i Związku Lekarzy Żydów.

Stowarzyszenie brało udział w wyborach do Rady Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej. 4 delegatów Stowarzyszenia weszło w skład międzyzwiązkowego komitetu wyborczego, który ułożył listę kandydatów do Rady Izby po porozumieniu się z poszczególnemi organizacjami lekarskiemi w Wilnie i na terenie województwa Wileńskiego. Celem ustalenia listy kandydatów Polaków, która odpowiadałaby najszerszemu ogółowi kolegów, Stowarzyszenie zwołało w dniu 13. VI-29 r. zebranie wszystkich lekarzy Polaków, mieszkających w Wilnie po uprzedniem rozesłaniu do nich listy, proponowanej przez Stowarzyszenie. Wobec małej ilości obecnych na tem zebraniu rozesłano listy ponownie, prosząc o nadesłanie ich pocztą do Sekretarjatu Stowarzyszenia z ewentualnemi poprawkami. Lista ustalona na podstawie tego prowizorycznego głosowania miała na mocy uchwały ogólnego zebrania obowiązywać wszystkich lekarzy m. Wilna przy głosowaniu ostatecznem. W dniu wyborów do Rady Izby Lekarskiej 6 delegatów Stowarzyszenia wzięło udział w dyżurach Komisji Wyborczej i w obliczaniu głosów.

Na otrzymany od Związku Lekarzy Żydów memorjał w sprawie zwiększenia ilości miejsc dla lekarzy Żydów w Kasie Chorych m. Wilna, Rada Stowarzyszenia po rozpatrzeniu sprawy dała odpowiedź odmowną, opierając się na stosunku procentowym ubezpieczonych Polaków do ubezpieczonych Żydów.

Stojąc na straży przestrzegania zasad etyki zawodowej i koleżeństwa wśród lekarzy, Rada Stowarzyszenia postawiła wniosek wykluczenia ze Stowarzyszenia d-ra Jerzego Marcińczyka, który objął posadę, ogłoszoną pod bojkotem przez Związek Lekarzy Państwa Polskiego w Radomiu. Uchwała ta zapadła po dokładnem rozpatrzeniu sprawy i wzięciu pod uwagę wyjaśnień, złożonych zarówno przez d-ra Marcińczyka, jak i przez Związek Lekarzy Państwa Pol-

skiego w Radomiu i została zatwierdzona przez ogólne zebranie Stowarzyszenia.

Na podstawie uchwał Rady udzielono kilku kolegom pożyczki z Kasy Stowarzyszenia, oraz prolongowano kilka pożyczek wydanych poprzednio.

Do roku sprawozdawczego w myśl statutu Stowarzyszenia Rada pełniła funkcje Biura Pracy. W r. 1929 zostało utworzone Biuro Pracy działające w ścisłem porozumieniu z Radą, lecz jako instytucja odrębna pod kierownictwem wiceprezesa Stowarzyszenia D-ra Eugenjusza Klemczyńskiego. Do Biura Pracy zgłosiło się 35 kandydatów na posady, z tych tylko 8 zgodziło się przyjąć pracę poza Wilnem. Zgłoszono posad przez instytucje i urzędy: poza Wilnem 17 (obsadzono przez Biuro Pracy 4); w Kasie Chorych m. Wilna 3 posady stałe i 29 zastępstw letnich — wszystkie obsadzono przez Biuro Pracy.

Sekretarz: *Dr. Tyszkówna.*

I. Kasa Stowarzyszenia Lekarzy Polaków w Wilnie.

Dochód:

1) Pozostałość z roku ubiegłego	Zł.	161,55		
2) Wpłynęło ze składek członkowskich . .	„	697,20	Zł.	858,75

Rozchód:

1) Wydatki kancelaryjne, ogłoszenia, zaproszenia i przypomnienia	Zł.	215,25		
2) Ogłoszenia o śmierci członków Stowarzyszenia, wieńce, portrety	„	367,75		
3) Koszty wynajęcia lokalu na zebrania Stowarzyszenia	„	35,—		
4) Koszty, związane z wyborami do Rady Izby Lekarskiej	„	127,30	Zł.	745,30
Pozostałość na dz. 30.XI-29 r. . . .			Zł.	113,45

II. Kasa zapomogowa Studentów Medyków Polaków U. S. B. w Wilnie.

Wpłynęło ze składek członkowskich w ciągu roku . . Zł. 678,—

Suma ta całkowicie została przekazana Kasie Zapomogowej Studentów Medyków Polaków U. S. B. w Wilnie.

III. Kasa wsparcia dla lekarzy i ich rodzin.

Dochód:

1) Pozostałość z roku ubiegłego:
   a) w gotówce . . . . Zł. 2.322,70
   b) w zaciągniętych przez członków St-nia pożyczkach Zł. 700;
   c) 10 dolarówek i 3 obligacje Państw. Pożyczki Konwersyjnej.
2) Wpływy:
   a) ze sprzedaży Państw. Papier. %% Zł. 1.079,50
   b) ze składek członkowskich . . . „ 1.356,30
   c) ze zwrotu pożyczek . . . . . . „ 900,—
   d) z jednorazowych ofiar . . . . . „ 110,—
   e) z odsetek od funduszów . . . . „ 119,35 Zł. 5.887,85

Rozchód:

1) Zapomogi 2 wdowom po lekarzach po 50 zł. miesięcznie . . . . Zł 1.300,—
2) Ofiara na budowę pomnika ś. p. D-ra Czarkowskiego . . . . „ 500,—
3) Pożyczki, udzielone członkom St-nia . „ 3.400,— Zł. 5.200,—

   Pozostałość na dz. 30.XI-1929 r.:
   a) w gotówce . . . . Zł. 687,85
   b) w pożyczkach udzielonych członkom St-nia . . . . „ 3.200,— Zł. 3.887,85

Skarbnik (—) *Dr. Bądzyński.*

Sprawozdanie z działalności — Wil. Oddziału Polskiego T-wa Pedjatrycznego za rok 1929.

Dnia 17.II-1929 r. na walnem zebraniu po wysłuchaniu sprawozdania Zarządu i odczytaniu protokółu Komisji Rewizyjnej udzielono absolutorjum ustępującemu Zarządowi. Do Zarządu weszli: Prof. W. Jasiński, Dr. L. Łukowski, Dr. B. Żabko-Potopowicz, Dr. H. Kaulbersz-Marynowska — wszyscy ponownie i Dr. J. Zienkiewicz.

Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący: prezes — prof. W. Jasiński, wice-prezes — dr. L. Łukowski, skarbnik — dr. B. Żabko-Potopowicz, sekretarz — dr. J. Zienkiewicz, członek Zarządu — dr. H. Marynowska.

Na wniosek skarbnika zebranie upoważniło Zarząd do rozesłania listów członkom, zalegającym w opłatach, z zapytaniem, czy chcą nadal należeć do T-wa i z przypomnieniem, ze członkowie obowiązani są prenumerować organ Polskiego T-wa Pedjatrycznego „Pedjatrję Polską" i „Opiekę nad dzieckiem".

Przyjęto projekt utworzenia Koła Lekarzy Stacyjnych, jako sekcji autonomicznej T-wa Pedjatrycznego i zatwierdzono regulamin tego Koła.

Na skutek pisma Zarządu Głównego Polskiego T-wa Pedjatrycznego w sprawie, kto ma być uważany za lekarza-pedjatrę, zebranie wypowiedziało się jednogłośnie za wnioskami Zarządu i uchwaliło rozesłać odpisy pisma Zarządu do: Wydziału Zdrowia Urz. Wojewódzkiego i Magistratu m. Wilna, Wydziałów Opieki Społecznej, Wydziału Szkolnego Mag. m. Wilna, Izby Lekarskiej Wil.-Nowogródzkiej, Naczelnego Lekarza Kasy Chorych oraz do Stowarzyszeń Lekarzy Polaków i Żydów.

W wyniku dyskusji nad odczytem dr. Sz. Starkiewicza (z Buska) uchwalono: 1) działalność stworzonego przez dr. Starkiewicza Zakładu w Busku oraz Kolonji nad morzem należy uznać za nader pożyteczną, zasługującą na najwyższe uznanie. Kolonje te jednak nie mogą wypełnić wszystkich potrzeb, dotyczących leczenia sanatoryjnego dzieci w Państwie Polskiem, 2) wobec doniosłego znaczenia, jakie posiada sprawa sanatoryjnego leczenia dzieci w Polsce i wobec konieczności zwrócenia na nią uwagi szerszego ogółu lekarzy prosić dr. Moszyńskiego o wygłoszenie na jednem z posiedzeń Wil. T-wa Lek. odnośnego referatu z przedstawieniem wniosków, dotyczących najpilniejszych potrzeb w tym zakresie. Członkowie T-wa Ped. zobowiązują się wziąć jaknajliczniejszy udział we wspomnianem posiedzeniu Wil. T-wa Lek. Wnioski przesłano dr. Starkiewiczowi i dr. Moszyńskiemu.

Działalność naukowa.

W roku sprawozdawczym 1929 odbyło się 9 posiedzeń na których wygłoszono 11 odczytów i przedstawiono 26 przypadków chorobowych.

Odczyty:

1) Doc. dr. I. Abramowicz: Schorzenia oczu w zołzach u dzieci w świetle nowszych badań.

2) Dr. B. Dylewski: Fizjologja mowy i jej rozwój u dzieci.

3) Dr. F. Ejzenberżanka: Obecne poglądy na zołzy u dzieci.

4) Dr. H. Kaulbersz-Marynowska: Trichocephaliasis u dzieci.

5) Dr. M. Moszyński: W sprawie ropoznawania przepuklin pachwinowych u dzieci.

6) Dr. J. Muraszko: Półpasiec a ospówka.

7) Dr. Z. Olechnowiczówna: Badania nad zachowaniem się białych ciałek krwi w odrze.

8) Dr. E. Rudörferowa: Badania nad tężyczką w ostatnich latach.

9) Dr. Sz. Starkiewicz (Busk-Górka): Leczenie przewlekłe chorych dzieci w Polsce.

10) Dr. J. Zienkiewicz: Leczenie kiły wrodzonej u dzieci w Poradni przeciwkiłowej w Wilnie.

11) Dr. J. Zienkiewicz: Żółtaczka u noworodków.

Pokazy chorych: z Kliniki Dziecięcej U. S. B. — 20 dzieci. Ze szpitala miejskiego 4 dzieci, innych 2. Razem 26.

Prezes *Prof. Dr. Wacł. Jasiński.*

Sekretarz *Dr. J. Zienkiewicz.*

KRONIKA.

Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Splicie.

Zarząd Wileńskiego Okręgu Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce powiadamia swych członków, że termin Zjazdu Lekarzy Słowiańskich w Splicie został ustalony na okres czasu od 4 do 8 października r. b., i prosi Sz. Kolegów, życzących wziąć udział w Zjeździe, o podanie zgłoszeń do dnia 1 czerwca r. b. na ręce sekretarza d-ra W. Bądzyńskiego — Wileńska 30 m. 15. Wczesne ułożenie listy uczestników Zjazdu jest niezbędne do rozpoczęcia pertraktacyj o paszporty ulgowe i zniżki kolejowe oraz celem zawiadomienia Kolegów Jugosłowiańskich o liczbie uczestników z Polski.

Komunikat Wil.-Now. Izby Lekarskiej.

Wyrok w sprawie 3/29 D-ra Fejgusa Gilela.

Sąd Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej w dniu 20 stycznia 1930 r. o godz. 5-ej w składzie Dr. Dr: prof. Opoczyńskiego Kazimierza, Minkiewicza Michała, Giecowa Grzegorza, Bohuszewicza Józefata, prof. Januszkiewicza Aleksandra, Maliszewskiego Wiktora, Malinowskiego Władysława, Gierszuna Grzegorza, Kowarskiego Herca, Jabrowa Iszera, Safarewicza Aleksandra, Świeżyńskiego Florjana, Przysieckiego Karola, Bądzyńskiego Wacława, prof. Michejdy Kornela, Lewande Samuela, Jabłonowskiego Władysława, Waszkiewicza Antoniego, Rudzińskiego Henryka i Sedlisa Eljasza, w obecności rzecznika dyscyplinarnego D-ra Eugenjusza Klemczyńskiego, w stosunku do oskarżonego D-ra Gilela Fejgusa, ordynatora nadetatowego Szpitala Żydowskiego, zamieszkałego w Wilnie przy ul. Zawalnej Nr. 60, uznał D-ra Fejgusa Gilela winnym: 1) że, lecząc zaledwie 10 dni chorą obłożnie Julję Purceładze, na 12 godzin przed jej zgonem, w chwili, gdy była w stanie ciężkim i apatycznym, z karygodną lekkomyślnością przyjął na siebie sporządzenie testamentu prywatnego i równocześnie rolę jego wykonawcy, mając na widoku pewne dla siebie korzyści materjalne, 2) że, w charakterze wykonawcy testamentu, zawarł ze spadkobiercami umowę, mającą mu zapewnić korzyści niepomiernie wysokie i stojące w sprzeczności z etyką obowiązującą lekarzy. Za wyżej wymienione przekroczenia postanowił skazać oskarżonego D-ra Fejgusa zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o Izbach Lekarskich i § 165 Regulaminu Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej na karę nagany zaostrzoną, 1) przez ogłoszenie w Dzienniku Urzędowym z podaniem imienia i nazwiska zasądzonego, 2) przez odebranie mu czynnego i biernego prawa wyborczego w Izbie na jeden okres kadencji urzędowania Rady Izby, 3) grzywną w wysokości 400 złotych. Wszystkie trzy obostrzenia łącznie. Koszta sądowe w wysokości 175 złotych 10 gr. przypisać oskarżonemu.

Wilno dnia 20 stycznia 1930 r.

Na oryginale podpisali wszyscy obecni Sędziowie.

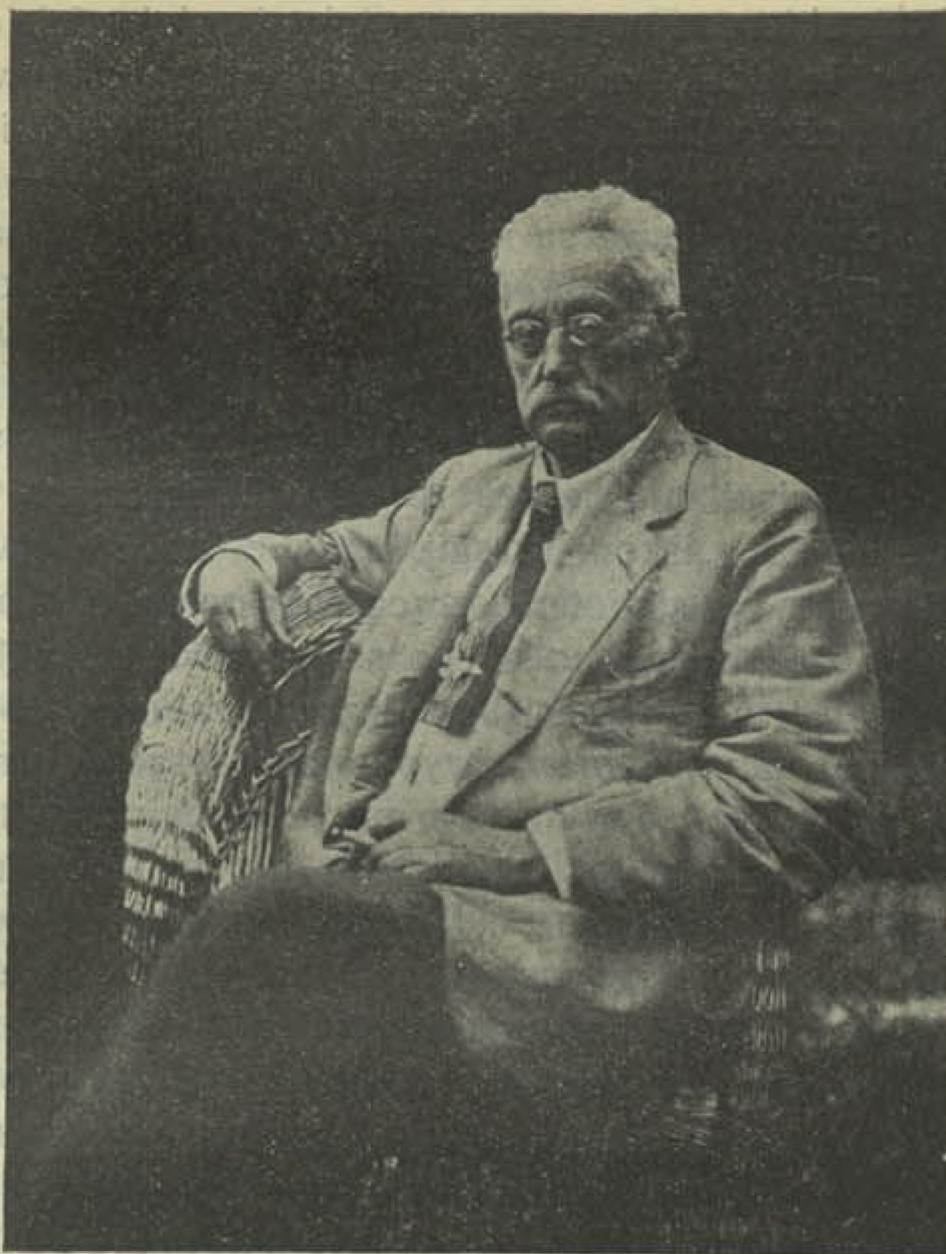
Za zgodność: *Dr. E. Czarnecki*
Sekretarz Izby.

Komitet Redakcyjny Pamiętnika Wil. Tow. Lek. z głębokim żalem podaje, że w dniu 25-go czerwca r. b. zmarł po ciężkiej chorobie Naczelny Redaktor Pamiętnika i Stały Sekretarz Wil. Tow. Lek.

Ś. P. PROFESOR D-R

STANISŁAW TRZEBIŃSKI.

Nie będąc w stanie w chwili obecnej umieścić wspomnienia pośmiertnego o wielce zasłużonym, a powszechnie szanowanym Członku Redakcji Pamiętnika, Kom. Redakc. odkłada do następnego zeszytu złożenie hołdu zasługom Zmarłego i uczczenie Jego pamięci.



Ś. p. D-r Witold Węsławski.

27-go maja tego roku odszedł od nas na wieczny spoczynek jeden z najstarszych i najzasłużeńszych lekarzy wileńskich, ś. p. Dr. Witold Węsławski.

Urodził się w r. 1855 na Żmudzi w rodzinnym majątku Gieganach pow. Telszewskiego. Szkołę średnią ukończył w Libawie, a studja lekarskie — na uniwersytecie Warszawskim w roku 1883. Po dłuższych studjach w klinikach Wiedeńskich powrócił do kraju i, pragnąc poświęcić się pracy na wsi, zamieszkał w Drui, później przeniósł się do Dołhinowa. Trudne warunki praktyki lekarskiej wiejskiej i przebyte ciężkie zapalenie płuc zmusiły ś. p. D-ra Węsławskiego do opuszczenia wsi. Osiadł w Wilnie i rozpoczął tu na nowo swą pracę lekarską i społeczną. Dzięki rozległej wiedzy

fachowej i wielkiej sumienności, dzięki wyjątkowej swej dobroci, łagodności charakteru i wysoce rozwiniętej zdolności odczuwania biedy i nędzy ludzkiej, młody lekarz wkrótce zdobywa rozgłos i wzięcie u ludności wileńskiej bez różnicy narodowości i przekonań. U kolegów cieszy się wielkiem uznaniem dla swych wielkich zalet serca i rozumu. Duże są zasługi Jego jako lekarza, ale jeszcze większe — jako obywatela-polaka. Tę swą pracę obywatelską rozpoczął ś. p. Dr. Węsławski w Wilnie w zaraniu swej działalności lekarskiej. A były to czasy bodaj największego upadku ducha w społeczeństwie polskiem. Ucisk zaborcy właśnie w tem społeczeństwie wyrządzał największe szkody. Nieszczęsne podówczas ziemie nasze — ten „iskoni russkij kraj" — stał się zwłaszcza po powstaniu 63 roku przedmiotem szczególnej opieki i troski rządów rosyjskich. Po zniszczeniu polskiego szkolnictwa, po zlikwidowaniu polskiej prasy, teatru i innych zbyt rażących zaborcę objawów kultury polskiej, rozpoczęto gorliwe wyplenianie wszelkich najdrobniejszych oznak polskości; chwytano się przytem najrozmaitszych sztuczek i sposobów, poczynając od okrutnych prześladowań, gwałtów i represyj względem opornych, a kończąc na przekupstwie słabych na duchu, przekupstwie w postaci specjalnych odznaczeń i wyróżnień, wyjątkowych ulg, szczególnych łask i nagród dla uległości, pokorności, służalczości i zwłaszcza zdrady. Wszystko, co budziło ducha polskiego, ulegało „likwidacji", albo się kryło w podziemia i stamtąd walczyło w obronie polskości, padało w tej walce niekiedy bez sławy, a czasem nawet z piętnem zdrady.

W takich okolicznościach ś. p. Dr. Węsławski wespół z innymi stwarza w roku 1887 w Wilnie Towarzystwo Oświaty Narodowej, tajne oczywiście, staje na jego czele i pracuje z całem poświęceniem.

Krzewiło się tajne szkolnictwo polskie, mnożyły się tajne polskie bibljoteki w Wilnie i na prowincji, i był to prawie jedyny mur, broniący element polski od wynarodowiania się, od obojętności do sprawy polskiej, od zbytniego nasiąkania rosyjską kulturą.

Poza tą „nielegalną" pracą, która wymagała wiele energji i bądź co bądź dużo odwagi i ofiarności, ś. p. Dr. Węsławski bierze żywy udział w pracy szeregu stowarzyszeń i społecznych instytucyj „legalnych". Nie sposób je tu wyliczyć; nadmienię tylko o kilku: Pogotowie Ratunkowe, powstałe jako społeczna instytucja o charakterze polskim, dzięki nielicznej garstce, w której pierwszym szeregu — jako członek-założyciel — był ś. p. Dr. Węsławski; Towarzystwo Do-

broczynności — polska instytucja, w której Zarządzie pracował Zmarły; Wileńskie Tow. Lekarskie, Towarzystwo Przyjaciół Nauk z sekcją lekarską. Oprócz tego ś. p. Dr. Węsławski pracuje jako członek Rady Miejskiej i Miejskiej Wykonawczej Komisji Sanitarnej.

Nadchodzi właśnie rok 1915; zaborca moskiewski porzuca te ziemie zniszczone na pastwę zaborcy innego. Ś. p. Dr. Węsławski wraz z innymi natychmiast stwarza Komitet Edukacyjny, wyprowadza z podziemi szkolnictwo polskie, wkłada w jego rozwój całą swą duszę i znowu podejmuje walkę z nieprzychylnym dla polskości okupantem, który projektował stworzenie tu nowych Niemiec na gruzach potęgi rosyjskiej i słabo tętniącej, jak się zdawało, polskości.

Skończyły się wreszcie złe czasy; w roku 1919 Władze Polskie objęły stworzone placówki. Ś. p. Dr. Węsławski nie składa rąk bezczynnie, staje na czele Polskiej Macierzy Szkolnej i poświęca jej resztę życia; pracy lekarskiej oddaje się coraz to mniej, wreszcie prawie z niej rezygnuje, całkowicie poświęcając swój czas „ukochanej Macierzy", Aż do skonu myśli o niej i troszczy się o nią.

W swej ofiarnej pracy obywatelskiej ś. p. Dr. Węsławski niezachwianie wierzył w powstanie Wolnej Niepodległej Polski. Był gorącym patrjotą; nigdy Go jednak nie ponosiło zaślepienie szowinistyczne, nienawiść do obcych narodowości tu zamieszkałych; nawet w tak ciężkiej dla Wilna chwili, jak walki uliczne z bolszewikami, nie waha się spełnić obowiązku lekarskiego i z narażeniem własnego życia udziela pomocy rannemu, chociaż był to wróg. I jeszcze jeden fakt niezmiernie charakterystyczny: w czasie gwałtownego spadku waluty markowej ś. p. Dr. Węsławski serdecznie bolał i oburzał się widząc, jak rodacy śpieszą zamienić marki na dolary i złote ruble, a ile wtedy stracił materjalnie w swym „uporze", Bóg raczy wiedzieć; mało dbał o swe dobro, byle Polsce było dobrze. Całe życie schodzi Mu w znojnej pracy dla Polski.

W uznaniu wielkich zasług ś. p. D-ra Węsławskiego Uniwersytet Wileński nadaje Mu zaszczytny tytuł honorowego Doktora Medycyny, a Państwo—order Poloniae Restitutae.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, którego ś. p. Dr. Węsławski był jednym z najstarszych członków, nadało Mu największą godność, jaką rozporządza—wybrało Go na honorowego członka.

Cześć i chwała Mu za Jego życie i trud i za tę niezłomną wiarę w zmartwychwstanie Polski, która Mu przyświecała w walce o obronę polskości, a którą potrafił zaszczepić i w innych.

A. Safarewicz.

broczynności—polska instytucja, w której Zarządzie pracował Zmarły: Wileńskie Tow. Lekarskie, Towarzystwo Przyjaciół Nauk z szkołą lekarską. Oprócz tego ś. p. Dr. Węsławski pracuje jako członek Rady Miejskiej i Miejskiej Wykonawczej Komisji Sanitarnej.

Nadchodzi właśnie rok 1915; zaborca moskiewski porzuca te ziemie zniszczone na pastwę zaborcy innego. Ś. p. Dr. Węsławski wraz z innymi natychmiast otwiera Komitet Edukacyjny, wyprowadza z podziemi szkolnictwo polskie, wkłada w jego rozwój całą swą duszę i znowu podejmuje walkę z nieprzychylnym dla polskości okupantem, który projektował stworzenie tu nowych Niemiec na gruzach potęgi rosyjskiej i słabo tlejącej, jak się zdawało, polskości.

Skończyły się wreszcie złe czasy; w roku 1919 Władze Polskie objęły stworzone placówki. Ś. p. Dr. Węsławski nie składa rąk bezczynnie, staje na czele Polskiej Macierzy Szkolnej i poświęca jej resztę życia; pracy lekarskiej oddaje się coraz to mniej, wreszcie prawie z niej rezygnuje, całkowicie poświęcając swój czas „ukochanej Macierzy". Aż do skonu myśli o niej i troszczy się o nią.

W swej ofiarnej pracy obywatelskiej ś. p. Dr. Węsławski niezachwianie wierzył w powstanie Wolnej Niepodległej Polski. Był gorącym patriotą; nigdy Go jednak nie ponosiło zaślepienie szowinistyczne, nienawiść do obcych narodowości tu zamieszkałych; nawet w tak ciężkiej dla Wilna chwili, jak walki uliczne z bolszewikami, nie wahał się spełnić obowiązku lekarskiego i z narażeniem własnego życia udzielał pomocy rannemu, chociaż był to wróg. I jeszcze jeden fakt niezmiernie charakterystyczny: w czasie gwałtownego spadku waluty markowej ś. p. Dr. Węsławski serdecznie bolał i oburzał się widząc, jak rodacy śpieszą zamienić marki na dolary i złote ruble, a ile wtedy stracił materjalnie w swym „uporze", Bóg raczy wiedzieć: mało dbał o swe dobro, byle Polsce było dobrze. Całe życie schodziło Mu w znojnej pracy dla Polski.

W uznaniu wielkich zasług ś. p. D-ra Węsławskiego Uniwersytet Wileński nadaje Mu zaszczytny tytuł honorowego Doktora Medycyny, a Państwo—order Polonia Restituta.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, którego ś. p. Dr. Węsławski był jednym z najstarszych członków, nadało Mu największą godność, jaką rozporządza—wybrało Go na honorowego członka.

Cześć i chwała Mu za jego życie i trud i za tę niezłomną wiarę w zmartwychwstanie Polski, którą Mu przyświecała w walce o obronę polskości, a którą potrafił zaszczepić i w innych.

A. Sofjanowicz.

Prof. D-r. J. TALKO-HRYNCEWICZ. — Kraków.

Ostatni z dawnych lekarzy kresowych

D-r Józef Rolle (D-r Antoni J...) w setną rocznicę Jego urodzin (1830—1930).

Na wschodnich naszych kresach, jak wiadomo, jeszcze w XVIII wieku był brak zupełny lekarzy. Niektórzy tylko magnaci, troskliwi o swe zdrowie, utrzymywali na swych dworach lekarzy-cudzoziemców, najczęściej Niemców. Wśród ludności rolę „konsyljarzy" spełniali różni niedyplomowani praktycy: aptekarze, felczerzy, a w końcu XVIII i w początkach XIX w., szczególnie w południowych prowincjach kresowych austryjaccy chirurdzy. Z czasem zaczęli osiadać po małych miasteczkach, po odbyciu długoletniej służby wojskowej Żydzi cyrulicy, golibrody, strzyżący włosy, stawiający bańki, puszczający krew i udatnie leczący niektóre choroby, zwłaszcza weneryczne, a później i piszący recepty do aptek. Pół inteligentna szlachta wierzyła też w skuteczność różnych babskich leków, suszonych ziół, traw. Leczeniem reumatyzmu, bólów artretycznych, złamań zajmowali się specjaliści „kostoprawy", prostujący kości i kręgosłupy; sława ich, niestety, dotąd nie przeżyła się nawet po większych miastach. Kiedy w początkach XIX w. zaczęli napływać pierwsi młodzi lekarze z uniwersytetu wileńskiego na Litwę i Ruś, znaleźli tu pole zachwaszczone wiekowemi przesądami i ciemnotą. Musieli też oni być nietylko lekarzami, lecz zarazem i pionierami oświaty, staczając walkę zawziętą ze wszelkiego rodzaju znachorstwem. Z zamknięciem uniwersytetu wileńskiego rolę Wilnian przejęli wychowańcy uniwersytetów kijowskiego, dorpackiego i moskiewskiego, a pewien odsetek przybywał również z za kordonu — z Krakowa, a nawet i z Wiednia. Prowincjonalny lekarz kresowy, osiadły w głuszy głębokiej, oddalonej od wszelkiego ruchu naukowego, musiał nie tylko stać na świeczniku, lecz dbać jeszcze o to, by przebywając dziesiątki lat wśród kulturalnie niższego od siebie środowiska, nie zatracić swych wyższych aspiracyj. Z czasem lekarze po większych miastach, specjalizujący się dla zdobycia sobie lepszego materjalnego bytu, z góry zaczęli patrzeć na całą rzeszę lekarzy, osiadłych na partykularzach, t. zw. „lekarzy do wszystkiego", nie uwzględniając tych trudnych warunków, w jakich oni niosą pomoc ludności, zmuszeni być zarazem akuszerem, chirurgiem, internistą i pedjatrą, a nawet lekarzem

sądowym. Nie powiem, by ta wszechstronność nie wpływała korzystnie na ogólne wykształcenie takiego lekarza w porównaniu do specjalisty, mającego bardzo wąskie i ograniczone zadania. Z tego też powodu doniedawna lekarzy francuscy, encyklopedyści o szerokim widnokręgu filozoficznym, przewyższali rzemieślników niemieckich, podobnie jak wielcy przyrodnicy francuscy XVIII w. imponują nam w porównaniu z dzisiejszymi, zajętymi rozwiązywaniem drobnych kwestyj, może nie mniej ważnych, lecz bardziej ograniczonych.

Z inicjatywy lekarzy prowincjonalnych, wobec trudności szybkiego niesienia pomocy lekarskiej na wielkich przestrzeniach, zorganizowano po dworach i dworkach szlacheckich apteczki domowe, których kierowniczkami zwykle bywały kobiety starsze, jeżeli nie gospodynie domu, to ich siostry, ciotki lub córki. Z apteczek tych niesiono pierwszą pomoc chorym we dworze lub na wsi, aż do przybycia lekarza. Między lekarzem, leczącym we dworze, a jego pacjentami dzięki wieloletniej praktyce zacieśniały się stosunki serdecznej zażyłości i przyjaźni, które z dziadów przechodziły na dzieci i wnuki. Z lekarzy prowincjonalnych wyrabiali się wytrawni psycholodzy, gdyż do nich udawano się po radę w różnych cierpieniach fizycznych i moralnych. Wtajemniczano ich nieraz we wszystkie sprawy rodzinne, zasięgano rady co do wychowania podrastającej dziatwy, co do podziału fortuny, co do wyboru żony lub męża. Często też przy spisywaniu ostatniej woli umierającego bywali lekarze sędziami polubownymi, świadkami, a nawet wykonawcami testamentu. W miarę zwiększania się prześladowania polskości w zachodnich guberniach Rosji, kiedy katolik nie mógł zajmować żadnej posady państwowej w administracji, wzmogło się znacznie pozostających w ręku autochtonów wolnych profesyj, a szczególnie lekarzy, którzy obok księży, adwokatów i aptekarzy wybitniejsze wśród nich zajmowali miejsca. To wybitne pod względem moralnym stanowisko, jakie dawny lekarz zajmował w społeczeństwie, nie było tak bardzo godne zazdrości pod względem materjalnym. Prawie nikt, o ile nie miał pobocznych dochodów i zarobków, z samej prowincjonalnej praktyki lekarskiej nie dorobił się majątku, jak niesłusznie mniema mało uświadomiona publiczność; dobrze jeszcze było, jeżeli mógł dać wychowanie dzieciom i zapewnić sobie skromny byt na starość. O etyce wileńskich lekarzy wspomniałem obszerniej w innem miejscu [1]) tu dodać jedynie muszę, że działal-

[1]) Etyka lekarska a Uniwersytet Wileński (Spraw. Polsk. Tow. w Kijowie; Półr. I. 1918; Kijów 1918).

ność lekarzy wolno-praktykujących na kresach była wysoce filantropijną. Niewielu już może pamięta czcigodną postać doktora Juliana Titiusa, przechodzącego różne szczeble w zarządzie Wileńskiego Towarzystwa Dobroczynności, którego w końcu został dożywotnim prezesem honorowym. Człowiek zamożny, dożył głębokiej starości; był żywą kroniką miasta, świadczył wiele ubogim, będąc całkiem oddany na usługi ludzkości. Umarł około r. 1885.

Nie można tu nie wspomnieć pochodzącego z Kresów Karola Kaczkowskiego, czynnego na różnych polach pracy społecznej, członka Wileńskiego Towarzystwa Szubrawców. W r. 1831 był on naczelnym lekarzem armji polskiej, później profesorem w Warszawie, a wreszcie osiada na praktyce w Włodzimierzu Wołyńskim, w 1842 r. obejmuje stanowisko kuratora gimnazjum w Żytomierzu; umiera na wygnaniu w Chersoniu, w r. 1867. Tu też wymienić musimy Piotra Gnoińskiego, praktyka o szerokiej wziętości, zmarłego w r. 1875 w Nowogródku, któremu za uratowanie życia w r. 1831 satrapa wileński w r. 1863 okazał wyjątkową wspaniałomyślność. Trudno byłoby wyliczyć spory zastęp zasłużonych praktyków, którzy w ten czy inny sposób wyróżnili się, chociażby jak Jan Pilecki, zmarły w r. 1878, który położył niemałe zasługi koło podźwignięcia z upadku i uporządkowania Druskienik, jako zdrojowiska. A iluż było takich, którzy prócz wolnej praktyki znajdywali czas na inne ulubione prace, pozostawiając ślady swej kulturalnej działalności. Weźmy choćby dla przykładu d-ra Adrjana Baranieckiego. Po skończeniu medycyny w Kijowie, jako zdolny lekarz rozpoczyna z wielkiem powodzeniem praktykę w Jarmolińcach na Podolu, lecz powstanie w 1863 roku, w którem przyjmuje udział, zmusza go do opuszczenia kraju. Znalazłszy się w Krakowie, zabiera się mimo swych skromnych środków do kolekcjonowania przedmiotów z działu przemysłu i techniki, tworząc pierwsze tego rodzaju muzeum w Polsce. Równocześnie niestrudzoną swą pracą organizując odpowiednie kursy, kładzie podwaliny dla wyższego praktycznego wykształcenia kobiet w Polsce. Inny lekarz w Borysowskiem, Wereńko, podobnie jak Olechnowicz w Lublinie, a Rutkowski w Płońsku interesuje się antropologją i prehistorją, Henryk Szopowicz, wychowanek Wszechnicy Jagiellońskiej, osiadłszy na Podolu w Szarogrodzie, studjuje w wolnych chwilach Syrenjusza, pisze o posłannictwie lekarza wśród ludu wiejskiego (1862), a tęsknotę swą za rodzinnym Krakowem koi, komponując mazury i krakowiaki, doniedawna tak popularne na całem Podolu. Jeszcze inny lekarz, Franciszek Błoń-

ski, osiadły na Ukrainie w 80-tych latach zeszłego stulecia, czas wolny poświęca zbieraniu roślin, a zielniki jego stanowią obecnie cenne zbiory Tow. Nauk. Warsz. Z lekarzy osiadłych w Wilnie wspomnę jeszcze o Józefie Bielińskim i Władysławie Zahorskim, którzy studjują historję miasta i odbudowują zmarłą przeszłość Uniwersytetu Stefana Batorego w wilję jego zmartwychwstania.

Wśród tych pracowników kresowych na polu kulturalnem i naukowem wyróżnia się postać D-ra Józefa Rollego, którego pamięci w 100-ną rocznicę Jego urodzin poświęcam niniejszą monografję. Zasłużony ten mąż kresowy był bowiem nietylko znakomitym lekarzem o wyjątkowej wziętości, wielce popularnym wśród wszystkich warstw i narodowości Podola, nietylko działaczem społecznym, lecz ponadto jeszcze zasłużonym historjografem ukochanej przez siebie prowincji, i imię jego przeszło do potomności.

Dr. Rolle pochodził z rodziny francuskiej. Dziad jego, Józef Rolle, szlachcic i wojskowy, miał przybyć na Litwę z Bretonji około 1772 r., jako instruktor do oddziału wojska, zadeklarowanego przez Massalskiego; oddział ten prędko zamienił się w kupę oberwańców i otrzymał przysłowiową nazwę „hołoty Massalskiego". Wespół z dziadem Rollego do Polski przyjechało jakoby kilku innych emigrantów tego nazwiska, albowiem wiadomo, że wychowaniem kilku braci Łubieńskich — generała, biskupa i ministra w Królestwie Kongresowem — zajmował się Rolle, późniejszy nauczyciel cesarza Józefa, pochodzący podobno ze Szwajcarji. W r. 1830 był tegoż nazwiska lekarz naczelny wojska polskiego. W okolicach znowu Dębicy, w Małopolce posiadali Rollowie własność ziemską i ci podobno byli spokrewnieni z ojcem d-ra Rollego, lecz,—jak słyszałem od jego syna, ten ostatni będąc zasad demokratycznych i ceniąc swą niezależność, nie zgłaszał się do swych bogatych krewnych i nie szukał z nimi stosunków. Otóż, wracając do przerwanego opowiadania, emigrant Rolle, zawiedziony w swych nadziejach, chciał narazie wracać do Francji, lecz potem rychło opuścił Litwę, a przeniósłszy się do Galicji i ożeniwszy się tu z panną Zdunowską, pochodzenia ormiańskiego, miał syna, Józefa, ojca naszego d-ra Rollego. Ten wzrastał na opiece matki i z jej piersi wyssał przywiązanie do Polski; utraciwszy ją, pozostaje na opiece dwóch starych ciotek. Ojciec, jak widać, już wówczas był związany z rodziną ks. Lubomirskich z Przeworska, albowiem pod wodzą jednego z nich walczy wraz z innymi Francuzami w konfederacji Barskiej. Syn uczy się na uniwersytecie we Lwowie, a później w Wiedniu, studjując

botanikę, lecz brak środków zmusza go do przyjęcia posady sekretarza u ks. Michała Radziwiłła, ojca namiestnika W. Ks. Poznańskiego i generała, dowodzącego armją polską w r. 1831. Stąd przenosi się na Podole, jako lustrator dóbr Henryka ks. Lubomirskiego w Szarogrodczyźnie. Później zostaje kuratorem wielce odłużonej fortuny dóbr przeworskich księcia, który potem, w uznaniu zasług Rollego daje, mu w dożywocie znaczny obszar ziemi w okolicy Jaryszowa pod Mohylowem. Rolle obszar ten skolonizował, urządził, założył dwór i przy nim sad, z którego szczepionki tak wielką cieszyły się sławą, że rozbierano je nawet do wielkich pańskich latyfundjów. Z owoców Rolle przygotowywał najrozmaitsze wina a z pasieki wyborne miody, któremi gościnni gospodarze raczyli swych sąsiadów. Jakkolwiek pochodzący z rodziny francuskiej, był już Rolle całą duszą Polakiem, interesował się z sąsiadami polityką i jej horoskopami w związku z przyszłością Polski. Do końca życia zachował on wyborną pamięć wypadków, trzeźwość umysłu, pisał wyraźnie, nie posługując się okularami; usposobienia był łagodnego, lecz popędliwy, w sporach się nieraz zacietrzewiał, lecz uraz nie pamiętał. Futor ten, na mapach sztabu generalnego oznaczony jako „futor Rolla", przezwany był przez niego na cześć dziedzica Henrykówką. Prawem dożywocia trzymał go Rolle aż do śmierci, przez lat przeszło 60, gdyż umarł mając 104 lat, około 1892 r. Był on żonaty z Heleną z Zwierkowskich, pochodzącą z ziemiańskiej rodziny z Kieleckiego i z małżeństwa tego pozostawił dwoje dzieci: Józefa i córkę.

Józef Rolle przyszedł na świat w roku powstania listopadowego, — w 1830. Pierwszem wychowaniem dziecka zajmowała się matka, kobieta dzielna i energiczna, rej wodząca w domu; dlatego też mawiano zwykle: pani Rollowa i mąż pani Rollowej, co miało oznaczać, kto był głową domu. Ponieważ państwo Rollowie byli wówczas majętni, matka, pieszcząc jedynaka, mogła go w domu wychować w dostatkach; później, kiedy ojciec skutkiem pożarów materjalnie podupadł, syn musiał pieszczoty matki zamienić na twardy chleb i własną pracą przebijać się w klasach wyższych, dorabiając korepetycjami. Uczył się dobrze, lecz przy swym żywym temperamencie i niezależnym charakterze musiał często zmieniać szkoły; przebywał to w Jaryszowie, to w Szarogrodzie i Humaniu, a potem w gimnazjum w Niemirowie, którego jednak nie ukończył, odczuwszy na własnej skórze prześladowawczy system szkoły rosyjskiej Nowosilcowa. Będąc w 5-tej klasie pod wrażeniem haseł

republikańskich i postępowych, przenoszonych z Francji, jako kontrabąnda do Rosji, a może i podniecony swemi dla Francji uczuciami, napisał na tablicy kredą: „Vive la liberté", nie przewidując następstw, jakie to pociągnie za sobą. Delikwenta posadzono do kozy i doniesiono o zdarzeniu generał-gubernatorowi kijowskiemu. Na mocy wyroku tego ostatniego winowajcę oćwiczono i wydalono z gimnazjum. Rolle urósł w oczach kolegów i wszystkich panien na bohatera i stał się głośnym męczennikiem na całem Podolu, lecz musiał się przenieść do gimnazjum białocerkiewskiego, które też ukończył.

Już w 3-ciej klasie zdradza Rolle talent literacki, pisząc poemat historyczny „O Grzegorzu z Sanoka" i inne drobne utwory, które umieszczał w czasopismach literackich. Pierwsze z nich są pisane w duchu byronowskim, późniejsze w heinowskim.

Po skończeniu gimnazjum wstępuje młody Rolle na uniwersytet kijowski, powstały po zamknięciu uniwersytetu wileńskiego, którego tradycji stał się kontynuatorem. Znaczna część młodzieży uniwersyteckiej była z tych samych prowincyj, z których pochodziła dawna młodzież uniwersytetu wileńskiego. Nie mając w Wilnie uniwersytetu, skierowała swe kroki do Kijowa. Pierwsze lata po otwarciu nowego uniwersytetu były bardzo niepomyślne. Szczególnie źle działał brak odpowiedniej organizacji nauki z jednej strony, a z drugiej tendencyjnie demoralizujący wpływ generał-gubernatora i władz rządowych na młodzież, która—szczególnie w pierwszych latach—oddawała się hulankom, pijaństwu, kartom. Władze podtrzymywały tego ducha wśród młodzieży, będąc zdania, że w ten sposób odciągnie młode umysły od marzycielstwa, politykowania i wiecowania. Mniej więcej od r. 1847 zaznacza się jednak pewien korzystny zwrot w nastrojach młodzieży, a w tym właśnie czasie zapisał się Rolle na uniwersytet. Wprawdzie młodzież zamożniejsza, tak zw. „złota", chodziła na bale generał-gubernatora, trwoniła czas i pieniądze, lecz większość uboższa, pochodząca ze stanu średniego, poważnie zapatrując się na życie i obowiązki, pomimo pracy zarobkowej z zapałem oddawała się nauce. Do niej należał i Rolle. Z duszą poetycznie nastrojoną wybiera sobie zawód lekarski, myśląc nie tylko, jak większość ludzi, o zapewnieniu sobie kawałka chleba i zrobieniu karjery na chorobach ludzkich. W jednem z opowiadań swoich *) spowiada się Rolle, co go skłoniło do wstąpienia na me-

*) Obrazek bez tytułu. Kalendarz Ungra. Warszawa 1883.

dycynę. Zważywszy wszystkie trudności, jakie go w zawodzie lekarskim czekały, „obliczyłem się“ — powiada dalej — „z własnemi siłami i przeżegnany krzyżem rodzica ruszyłem po obranej ścieżce. Trochem się śmiał później z tych strachów, jakiemi mi nabili głowę nieprzyjaciele anatomicznej pracy, gdyż widok trupa nie obudzał we mnie bojaźni. Do sekcji przystępowałem z uszanowaniem, przejęty głębokiem przeświadczeniem potrzeby, a nawet marzenia moje, dumki młodzieńcze, nie opadły niżej. Tak samo jak dawniej latałem myślą w podniebnej gdzieś sferze; przybyło mi nawet więcej podziwu i czci dla Tego, który był takim twórcą opatrznym. Towarzystwo młodzi szkolnej ogromnie na mnie oddziaływać zaczęło; zbratany duchem jedności, będąc ogniwem wielkiego łańcucha w tem społeczeństwie, może najpiękniejszem w świecie, uczułem w sobie siłę ducha, a myśl chłonęła ziarnko po ziarnku z głębokiej skarbnicy wiedzy. Siejba była obfita, miałem więc prawo wyglądać urodzajnego żniwa“.

Studjami, jakie odbywał na uniwersytecie w Kijowie (1850—1855), kierowali profesorowie Niemcy i Rosjanie, choć młodzież była prawie wyłącznie polska. Młodzieży tej z naszego dzisiejszego punktu widzenia ten jedynie można zrobić zarzut, że była może zbyt marzycielska i romantyczna, lecz przedstawiała najlepsze siły i dążność miejscowego społeczeństwa. Szeregi tej młodzieży stanowili Izydor Kopernicki, Adam Kozaczyński, Aleksander Szumowski, Franciszek Sowiński, Aleksander Jabłonowski, Edward Rulikowski, Marjan Dubiecki, Dynowski i tylu innych. Była ona jakby spadkobierczynią tradycyj wileńskich, stanowiąc kwiat młodzieży współczesnej, starającej się swe ideały uniwersyteckie wcielić w życie; rozproszona po całym obszarze kresowym od Dniepru po Dźwinę zachodnią, zapalona ideałami demokratycznemi, szła z kagankiem oświaty, głosząc zniesienie poddaństwa, ideje równości i braterstwa. Pomiędzy biedakami byli i synowie bogatej szlachty kresowej; ci, nałożywszy siermięgi szli pod strzechy słomiane z propagandą, która po latach kilku — w r. 1863 — zakończyła się straszną tragedją pod Sołowjówką (pow. skwirski), gdzie lud wymordował swoich proroków.

W tej atmosferze koleżeńskiej upłynął przy pracy sześcioletni pobyt Rollego na uniwersytecie. Stosunki z wielu kolegami zacieśniły się w serdeczne węzły, które przetrwały przez długie lata; opisał je Rolle w niejednem swem opowiadaniu, jak np. przygody i awantury Piotra Jaxy Bykowskiego, późniejszego powieściopisarza. Z ust syna d-ra Rollego słyszałem, że pomiędzy kolegami był i Hur-

ko, brat późniejszego satrapy warszawskiego. W czasie studjów unikał Rolle wszystkiego, co mogłoby mu przeszkodzić w ich ukończeniu. Wesołego usposobienia, dowcipny tak, że jeszcze długo zachowały się wspomnienia o jego dowcipach w południowych kresów prowincjach, nie brał czynnego udziału w życiu politycznem. Mimo swej ostrożności popadł jednak z władzami szkolnemi w konflikt, który opisuje w „Mojej służbie Felczerskiej". Pewnego razu wybrał się w ściślejszem kółku kolegów za miasto, gdzie spotkali niespodzianie generał-gubernatora Bibikowa. Ten zatrzymał konie, wysiadł z powozu, a oburzony, że mieli długie włosy, nieogolone twarze i rozpięte mundury — mundur Rollego nie dał się wogóle zapiąć, gdyż był zaciasny — kazał ich narazie zamknąć do karceru, a potem wydał wyrok, skazujący stypendystów rządowych na rok służby felczerskiej, uczących się zaś na koszt własny na wydalenie z uniwersytetu. Chociaż Rolle sam pokrywał koszty swej nauki, pozwolono mu w drodze łaski wraz ze stypendystami odbywać służbę felczerską, a potem powrócić na uniwersytet dla dokończenia studjów.

Młody student, oddany pracy naukowej, nie uniknął, jak każdy w jego wieku, przygód sercowych. Pokochał on pannę Wandę Oskierczankę z Litwy, bawiącą z matką w Kijowie. Panna mu sprzyjała, lecz matka była przeciwna temu małżeństwu, podając za przyczynę odmowy to, że według ówczesnego rozporządzenia lekarze, ukończywszy studja, musieli odbywać służbę wojskową podczas wojny krymskiej. Wobec tak ostro postawionej kwestji — albo panna, albo wojskowość — podają wersję, że zakochany młodzieniec pobiegł do uniwersytetu i tam wobec rektora podarł swój dyplom, a poszedłszy do domu Oskierków, ażeby o tem zakomunikować, ze smutkiem się dowiedział, że panie opuściły już Kijów. Ten postępek zmusił Rollego do powtórnego zdawania egzaminu, który też złożył z odznaczeniem.

Oskierczanka miała być utalentowaną malarką, uczennicą Goreckiego. Parę jej akwarel posiadał niedoszły narzeczony, który potem korespondował z nią czas jakiś, lecz już nigdy więcej nie spotkali się w życiu. Darowany przez nią Rollemu portret Mickiewicza pędzla Goreckiego jest obecnie własnością Muzeum Narodowego w Krakowie. *)

*) Panna Wanda była córką Emila Oskierki z Litwy. Po niedoszłem narzeczeństwie z Rollem wyszła zamąż za Pawła Dybowskiego, odważnego partyzanta i dowódcę oddziału powstańczego w Mińszczyźnie, w 1863 r.

Działalność Rollego była skierowana w trzech kierunkach: praktyczno i naukowo-lekarskim, historycznym i społecznym. Z tych też trzech punktów musimy rozpatrzeć jego życie.

Praca praktyczno-lekarska Rollego przez cały okres 38 lat nie wyszła poza granice Podola. Po skończeniu uniwersytetu osiada on w 1856 r. w rodzinnej okolicy, w miasteczku Jaryszówce pod Mohylewem, jako lekarz dominjalny dóbr swego opiekuna i serdecznego przyjaciela, marszałka gubernjalnego szlachty podolskiej, Jana Sulatyckiego. Odbywa tu swój debiut, tak dobrze znany temu, kto sam przed laty przechodził ten etap na kresach. Opisał też tę małą, żydowską mieścinę z białemi domkami chłopskiemi, ubranemi zielonością, a dalej przyczepiony do skały nad urwiskiem domek, przeznaczony dla dominialnego lekarza, z widokiem z balkonu na ogrody chłopskie i cudowną okolicę. Młody eskulap, skłonny do poezji i marzycielstwa, w księżycowe noce po kilka godzin tu spędzał, słuchając szumu wody na młyńskiej łotoce, śpiewu słowików lub tęsknej zwrotki pieśni ludowej, zdaleka tu zaniesionej. Zajęcia lekarskie zajmowały mu jedynie część rannych godzin; resztę dnia miał wolną. W pracy pomagał mu felczer, pijak, a od czasu do czasu widywał rządcę majątku i poczciwego starego proboszcza; nie było tu nawet, jak w innych miasteczkach aptekarza, dopełniającego mało-miasteczkową inteligencję. Stosunków na miejscu nie miał więc żadnych; kilku oficjalistów do tego się nie nadawało, to też żył w samotności, niechętnie przez to widziany przez otoczenie.

Stąd robi młody lekarz parokrotne wycieczki zagranicę, między innemi na studja do zakładu chorób umysłowych w Sonnenstein pod Dreznem. Skorzystawszy z niewielkiej odległości Jaryszowa od Tulczyna, dawnej rezydencji Szczęsnego Potockiego, Rolle zawiera znajomość z kustoszem księgozbioru i wielkiego archiwum, uzyskuje do nich wstęp, robi wypisy i studja, które stają się niewyczerpaną kopalnią dla późniejszych prac historycznych, będąc połączone z pracą zawodową, lekarską, dającą mu utrzymanie.

Najbogatsza nasza kresowa prowincja, przysłowiowo „mlekiem i miodem płynąca", podzielona była niegdyś między kilka rodzin magnackich, które w swej niepohamowanej pysze i rozrzutności

*) Był on bratem stryjecznym słynnego przyrodnika prof. Benedykta Dybowskiego, jak mnie łaskawie poinformowała córka tegoż, p. Halina Karczewska. Paweł i Wanda Dybowscy byli zesłani do gubernji Archangielskiej. Podobiznę ich umieścił prof. Dybowski w swej książce „Wspomnienia z przeszłości półwiekowej". *Przyp. Autora.*

wiodły z sobą nieustanne walki, podkopując i byt samej Rzeczypospolitej. Z upadkiem Polski rozpadają się te latyfundja pańskie, a na ich zgliszczach w XIX w. wznoszą się nowe fortuny wzbogaconej szlachty. Jednego właśnie z takich, umysłowo chorego Jaroszyńskiego, w r. 1860 wysyłano do Paryża; towarzyszy mu jako lekarz d-r Rolle. Zanim dostali się do Dębicy, najbliższej stacji nowozbudowanej kolei, musieli odbyć długą podróż. Jechał dwór cały, wielkim taborem, kilku karocami, zaprzężonemi w czwórkę koni. Nęcił wówczas młodego lekarza Paryż, gdzie powstawało nowe ognisko dla badań neuro-patologicznych, na którego czele stanął Charcot w Salpetrière. Pracując nad psychjatrją w Paryżu, Rolle myślał może poświęcić się całkowicie tej gałęzi medycyny, wówczas mało studjowanej, szczególnie po pertraktacjach z margrabią Wielopolskim, który proponował mu w przyszłości zajęcie katedry w Warszawskiej Szkole Głównej, (objął ją potem Pląskowski).

Po powrocie z Paryża, w r. 1861 przenosi się Rolle na stałe do Kamieńca Podolskiego, jako lekarz wolno praktykujący i tu zamieszkuje aż do śmierci. Jeszcze przed osiedleniem się, w r. 1859, wstępuje w związki małżeńskie z panną Idalją Zaszczyńską, córką plenipotenta interesów ziemiańskich. Przyszłą żonę prowadzi do ołtarza kolega z ławy uniwersyteckiej i serdeczny przyjaciel, dr. Adrjan Baraniecki. Z małżeństwa tego państwo Rollowie mieli 7 dzieci: 2 córki i 5 synów. Obcy wszelkim interesom praktycznym, chcąc wychować dzieci przedewszystkiem na Polaków, kształcą je wszystkie w Krakowie.

Lata przedpowstaniowe i rok 1863 nie mogły nie poruszyć uczuć narodowych Rollego. Jest on członkiem Rządu Narodowego, chociaż odległe echa manifestacyj, a szczególniej bitew staczanych słabo tu dochodziły. Czynności organizacyjne ograniczały się tylko do przesyłanych, spóźnionych rozporządzeń Rządu Narodowego. Nieco tylko ożywił się ruch w czasie projektowanego przemarszu z Turcji przez Rumunję i Kamieniec oddziału Miłkowskiego, rozgromionego po drodze w Rumunji. W przejeździe przez Kamieniec zatrzymał się wtedy w domu państwa Rolle oficer sztabu generalnego Heidenreich, który zrzuciwszy mundur przekradł się stąd na teren walk powstańczych, gdzie wsławił się jako dzielny partyzant pod przybranem nazwiskiem „Kruka". Pani Rollowa, chcąc zatrzeć ślady niebezpiecznego gościa, kraje na kawałki jego mundur i pali go, przechowując jedynie przez czas dłuższy, jako relikwię kawałek szlify oficerskiej.

Po powstaniu policja rosyjska tropiła wszędzie przestępców i „niebłagonadieżnych"; robiono wciąż rewizje, a piastunka w domu doktora ukrywała w kolebce jednego z dzieci kompromitujące papiery. Dr. Rolle czynnie polityką nigdy się nie zajmował, a był raczej sympatykiem ruchu, lecz i to w czasach popowstaniowych uważano za zbrodnię. Gorliwi policjanci węszyli wszędzie „polską intrygę", starając się odgrzebywać dawne grzechy lub cienie dawnych przewinień, lecz powszechny szacunek, jakim się cieszył Rolle u wszystkich warstw ludności, paraliżuje zapędy żandarmskie. Kiedy jeden z nich zarzucał Rollemu wolnomyślność, ówczesny gubernator Naryszkin odpowiedział mu: „Ależ panie, dr. Rolle żyje tylko interesami XVI wieku".

W przeciągu 38-letniego zamieszkiwania na Podolu Rolle wyrobił sobie autorytet niepodzielny, nietylko jako lekarz, lecz i jako przyjaciel wszystkich warstw społeczeństwa. Do niego zjeżdżali się chorzy z najdalszych zakątków z głęboką wiarą w pomoc, czy to był bogaty, czy też ubogi, bez różnicy wiary i narodowości. Rolle nietylko uprawiał praktykę w warunkach dobrych, zyskując pierwszeństwo wśród innych, jako koryfeusz swego zawodu, lecz uprzedzał młodszych od siebie, gdy trzeba było nieść pomoc bezinteresowną z narażeniem życia, czy to podczas epidemji cholery, tyfusu lub dyfterji, czy też w innych wypadkach, pomimo że przekroczył już wówczas 60-tkę. Do młodszych kolegów, spotykając się z nimi na konsyljach, z których żadno nie odbyło się bez niego, odnosił się serdecznie i życzliwie. Dnie całe mając przeciążone praktyką to miejską, to wyjazdami, wieczorem, gdy wszystko się uciszyło, Rolle zabierał się do innej pracy, kreśląc w noc późną spostrzeżenia i uwagi z praktyki lekarskiej, to opracowując materjały historyczne, zebrane w archiwach, już też rozpatrując szpargały przywiezione, ze starych dworów lub dworków szlacheckich, ratując je od zagłady.

Osiadłszy w Kamieńcu, Rolle stwarza dokoła siebie pewien ruch społeczny i kulturalno-oświatowy, a wkrótce głucha i niewielka leżąca na ustroniu mieścina, staje się placówką tego ruchu. W r. 1859 bierze udział wraz z Aleksandrem Kremerem, A. Baranieckim i K. Przyborowskim w założeniu Tow. Lekarzy Podolskich. Pierwszym prezesem tego Towarzystwa jest Kremer, brat znanego krakowskiego estetyka, sekretarzem stałym K. Przyborowski, po którym zajmuje tę godność Rolle. Z kilku sprawozdań, które wyszły, widzimy, że Towarzystwo to miało razem 136 członków, w ich liczbie 27 honorowych, 9 założycieli i 100 rzeczywistych; połowa więc wszystkich

lekarzy, zamieszkałych w gubernji była w niem zrzeszona. Odbywało ono perjodyczne posiedzenia naukowe, drukowało ich protokóły, wydawało broszury, poświęcone różnym działom medycyny społecznej i higjeny. Lecz to trwa niedługo, gdyż system rusyfikacyjny niszczy wszystko w zarodku. D-r Kremer po dwudziestoletniem zamieszkiwaniu, jako lekarz wolno praktykujący w Kamieńcu, jako poddany austryjacki jest zmuszony w r. 1865 do opuszczenia Rosji i wraca do rodzinnego Krakowa. Tu w r. 1867 staje się jednym z założycieli Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, które w ten sposób powstało o osiem lat później, niż w Kamieńcu. Z wyjazdem Kremera Towarzystwo Lekarzy Podolskich nie przestaje być instytucją naukową polską, której spiritus movens był Rolle. Ten, pomimo napotykanych trudności jest czynny i na innych polach pracy. Organizuje wzorową lecznicę dla ubogich, zakłada Towarzystwo Dobroczynności, opiekuje się niezamożną młodzieżą szkolną — a byli to przeważnie Polacy — zbiera na ten cel składki u okolicznego, zamożnego obywatelstwa polskiego, a na prośbę prawosławnego archireja (biskupa) wykłada po rosyjsku w duchownem seminarjum higjenę i pisze podręcznik do niej w tym języku. Oprócz tego, jest stałym lekarzem duchownego seminarjum i wszystkich, ciągle się zmieniających archirejów i gubernatorów podolskich. Zajmuje mu to dużo czasu, nie przynosząc materjalnej korzyści, gdyż nigdzie mu nie płacono, a wymagano w wypadkach poważniejszej choroby, by nie opuszczał miasta z uszczerbkiem swych własnych interesów. Pomagało mu to jednak do utrzymywania dobrych stosunków z administracją, co pozwalało nieraz być pomocnym rodakom. To też wśród władz był bardzo ceniony za swą lekarską i filantropijną działalność i niejednokrotnie, mimo że był poddanym austryjackim, zostaje odznaczony orderami.

Póki był młodszym, nie omijał zjazdów i patryotycznych narodowych obchodów bądź w Krakowie, bądź też we Lwowie. Tam za wspólnym stołem biesiadnym kresowcy stanowili ściślejsze kółko serdecznych przyjaciół i kolegów uniwersyteckich, do którego należeli Adrjan Baraniecki, Aleksander Kremer, Izydor Kopernicki, Marceli Dobrowolski i inni. Lecz kółko to zmniejszało się corocznie.

D-r Rolle, choć nie posiadał rozległych włości podolskich, zajmując skromne lecz niezależne stanowisko lekarza, przez swe cnoty i zasługi wybił się wśród tamtejszego społeczeństwa polskiego na przodujące stanowisko. Obarczony pracą, nikogo nie wizytował, lecz rad był każdego widzieć u siebie. Wśród okolicznych ziemian

miał przyjaciół, którzy go odwiedzali, zasięgali jego opinji w sprawach społecznych większej doniosłości i można powiedzieć, nie było akcji narodowej wśród ziemian podolskich, w której nie brałby udziału Rolle. Nieraz polecano mu reprezentację społeczeństwa podolskiego na zewnątrz, jak to było, naprzykład, na jubileuszu I. J. Kraszewskiego w Krakowie w r. 1879, na którym z inicjatywy Rollego wręczono Jubilatowi historyczną pamiątkę — model baszty byłego meczetu, a dzisiejszego kamienieckiego kościoła katedralnego. Wymagając od siebie bardzo wiele, Rolle miał odwagę i innym ciąć prawdę w oczy, nieraz z całą bezwzględnością. Jeżeli z okolicznej szlachty ktoś co przeskrobał, bał mu się pokazać na oczy. Cały dzień pracując, wieczorem czas wolny między praktyką lekarską a pracą historyczną poświęcał przyjezdnym gościom, którzy radzi byli słuchać jego barwnych, jakby ze starych kronik wyjętych opowiadań o Kamieńcu i jego dawnych dziejach. Do Kamieńca tak się przywiązał, że nie wyobrażał sobie, ażeby mógł żyć gdzieś poza jego murami. Co do pracowitości, to mało kto ze współczesnych mógł się z nim równać, chyba I. J. Kraszewski.

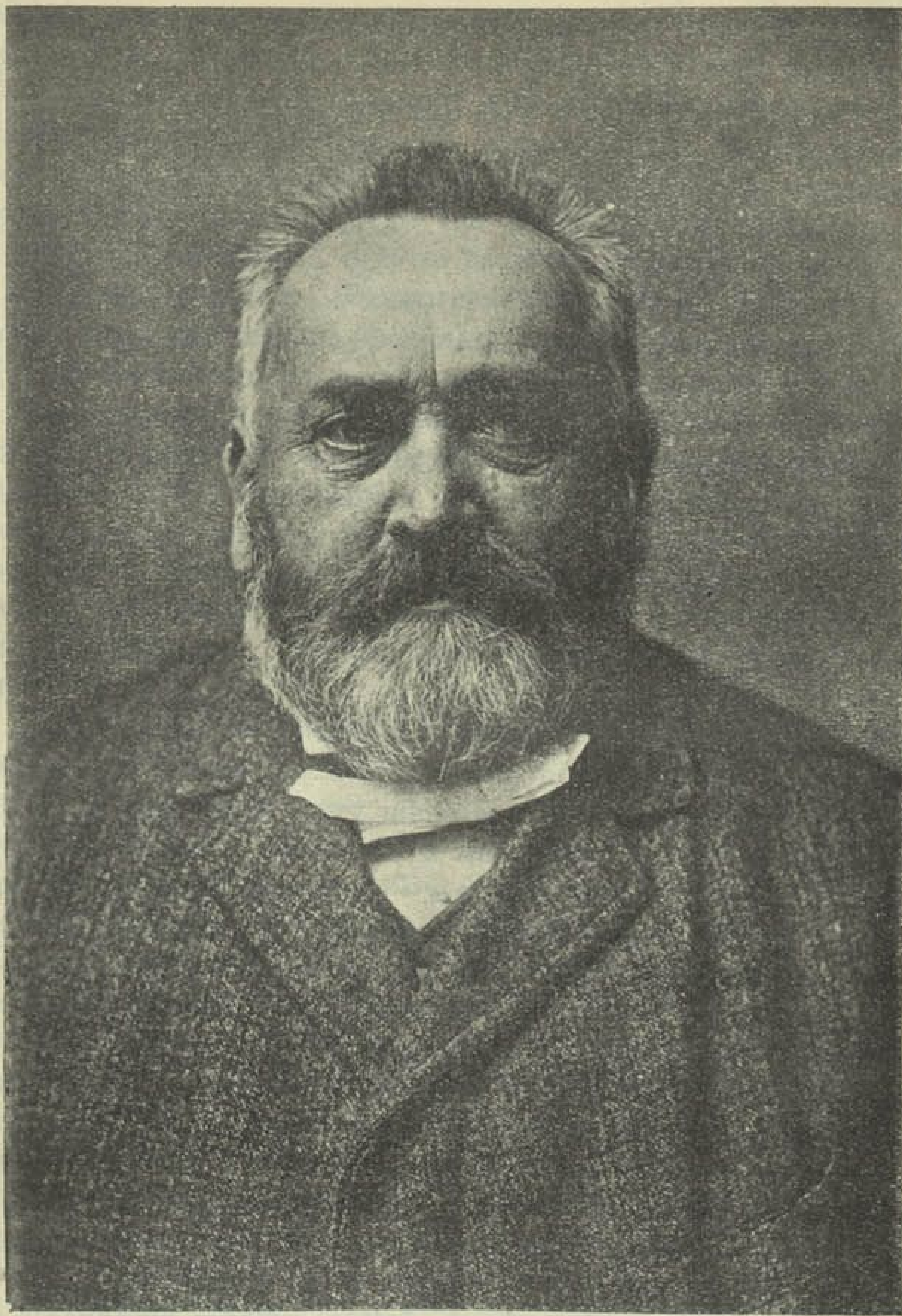
Latem przyjmował u siebie gości i z dalszych okolic; nieraz gościł u niego znany literat i uczony, prof. Włodzimierz Spasowicz z Petersburga, prowadząc wieczorami długie debaty historyczne i polityczne, choć nie zawsze zgadzali się na pewnych punktach. Odwiedzali go i dawni koledzy kijowscy, a nawet Włodzimierz Antonowicz, niegdys należący do wspólnej organizacji studenckiej, który później, jak wiadomo, zadraśnięty w swych ambicjach, zerwał wszystkie stosunki z kolegami i w mściwej zapamiętałości wyparł się swego pochodzenia, stając się renegatem, grając fałszywą rolę pomiędzy nielicznem kołem swych zwolenników i uczniów ukraińskich a władzami rosyjskiemi. Nawet umierając, Antonowicz w swych pamiętnikach przedśmiertnych zionął taką nienawiścią do polskości, że, chcąc się jej wyrzec, odrzucał ojcostwo tego, którego nazwisko nosił i szukał go wśród innych narodowości. Na parę lat przed śmiercią, będąc na badaniach archeologicznych gdzieś w okolicach Kamieńca, Antonowicz odwiedził Rollego,.jako dawny kolega. Poruszali wtedy tylko sprawy naukowe, nie dotykając spraw drażliwych, nad któremi zapadła zasłona.

Dr. Rolle bacznie strzegł swego rodzinnego ogniska, co zresztą praktykowało się na Litwie i Rusi we wszystkich domach, uważających się za polskie, w których nie podtrzymywano stosunków ze sferami urzędniczemi. Sama pani nie mówiła po rosyjsku, a jeżeli

mąż wskutek swego stanowiska zmuszony był obcować z urzędnikami, to czynił to tylko oficjalnie.

Dr. Rolle ostatnich przeszło dwadzieścia lat zamieszkiwał we własnym domu, przy dawnej ul. Karmelickiej (Sobornej), posiadał bibljotekę z kilkunastu tysięcy tomów złożoną, archiwum, zbiory dawnych portretów, cenną kolekcję porcelany i bronzów. Dzieci, które na moją prośbę dały mi nieco wiadomości z życia codziennego ojca, z pietyzmem go wspominają. Najmłodszy z nich, p. Karol Rolle, obecny prezydent m. Krakowa opowiada ze swych wspomnień z młodości, że ojciec był usposobienia wesołego, ale pomimo wrodzonej dobroci i łagodności łatwo się zapalał. Lubił bardzo zwierzęta, to też w domu bywało po kilka psów i innych obłaskawionych stworzeń; to cieliczka, przychodząca pod okno, dopominając się o kupowane dla niej obwarzanki, to indyk lub kury, chodzące krok w krok za ojcem, to mysz, wskakująca na parapet okna po swą porcję okruszyn. O stosunku ojca do dzieci opowiada mój Szanowny interlokutor, że D-r Rolle kochał je bardzo i w czasie ich pobytu na wakacjach chętnie się niemi otaczał, wiodąc rozmowy, choć był arbitralny i nie lubił zaprzeczania lub wygłaszania innego zdania. Z wiekiem, kiedy bliżsi mu koledzy, przyjaciele młodości i towarzysze pracy odeszli, czuł się coraz więcej osamotniony w prowincjach kresowych, dla których tyle pracy poświęcił, jak to pisze w listach do mnie. *) Postać Rollego była jedną z najwybitniejszych i podczas największego prześladowania żywiołu polskiego przez lat 38 stała na straży naszych wschodnio-południowych rubieży. Postawa zewnętrzna odpowiadała całkiem treści duchowej. Rolle był wzrostu wysokiego, barczysty, o wielkiej głowie, wysokiej czaszce mózgowej, wyniosłem czole, o gęstych, ciemno-szatynowych włosach i błękitnych oczach. Twarz o rysach wydatnych miała wyraz energji i hartu, które nie ulegają tak łatwo wpływom zewnętrznym i czynom nieobmyślanym. Głos miał nie wysoki, lecz dźwięczny. Z postawy zewnętrznej miał nadzwyczajnie przypominać swego serdecznego przyjaciela, znanego przyrodnika, późniejszego marszałka sejmu galicyjskiego, d-ra Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego tak, że nawet blisko ich znający nieraz brali jednego za drugiego. Rolle przy wesołem usposobieniu lubił bardzo śpiew i muzykę, lecz sam nie grał na żadnym instrumencie. Władał biegle językiem rosyjskim i francuskim, a zapewne równie dobrze i mową ukraińską. W ostatnich

*) Listy te będą zamieszczone w dalszym ciągu niniejszej pracy.



latach życia chorował na kamienie nerkowe; później rozwinęła się podobno mocznica i D-r Rolle podczas snu nieoczekiwanie życie zakończył dn. 21 stycznia 1894 r. Najstarszy z jego synów, znany historyk p. Michał Rolle, bawiący wówczas w Kamieńcu, tak opisuje ostatnie chwile ojca: 20 stycznia pracował, jak zwykle do późnej nocy, 21.I czuł się niezbyt dobrze i wezwał do siebie d-ra Seweryna Pietrażyckiego. Stan chorego nie budził jednak obaw, bo d-r P., nie zaniepokojony widać o życie pacjenta, wyjechał na wieś, wezwany do innego chorego. Wieczorem Rolle wziął ciepłą wannę, poczem, czując potrzebę wypoczynku, oparł głowę na ręce i ze spokojnym uśmiechem na ustach zasnął. Lecz synowi ten sen wydał się podejrzanym, a o 9-ej wieczorem skonstatował, że ojciec nie oddycha. Pobiegł więc do odległego o kilkadziesiąt kroków teatru— w którym pod protektoratem gubernatorowej odbywało się przedstawienie na cel dobroczynny — spodziewając się tam zastać któregoś z lekarzy. Publiczność, dowiedziawszy się o zgonie d-ra Rollego, powstała z miejsc i opuściła teatr. Do łoża zmarłego zbiegło się wkrótce kilkunastu lekarzy, lecz wszelka pomoc okazała się bezskuteczną.

Eksportacja do Katedry, a następnie pogrzeb były olbrzymią manifestacją żałobną, w której wzięło udział, według obliczeń kilkadziesiąt tysięcy osób (przy niespełna 45 tysiącach ludności w mieście), bez różnicy wyznania i narodowości. Władze przykładały wszelkich starań, aby zapobiec—w obawie zamieszek—większemu zgromadzeniu ludności na pogrzebie. Zabroniono druku klepsydr z zawiadomieniem o śmierci, co zostało zastąpione całonocnem przepisywaniem ogłoszeń przez pewną grupę osób. Oprócz tego, rozstawiono po rogatkach, prowadzących do miasta, policję i żandarmerję, by zawracały jadących na pogrzeb Żydów, chłopów i duchowieństwo. Mało to jednak pomogło; manifestacja była olbrzymia. Ziemiaństwo polskie stawiło się z kilku sąsiednich powiatów. Za konduktem pogrzebowym kroczyli przedstawiciele władz, gubernator, wice-gubernator, archirej, duchowieństwo prawosławne, gmina żydowska z rabinami, a na cmentarzu wygłoszono kilka mów. Nie znający stosunków mógłby myśleć, że chowają miejscowego potentata. Tameczny pułkownik żandarmerji miał się wyrazić, że umarł człowiek, który gdyby chciał, mógłby wzniecić powstańczy ruch polski na Podolu i takiemu człowiekowi my Rosjanie musieliśmy się kłaniać i ubiegać o protekcję; ktoś inny odezwał się, że ze śmiercią Rollego przestała istnieć w Kamieńcu filja uniwersytetu św. Włodzimierza.

Ciężkie czasy prześladowania pod rządami carskiemi pozwalały uczcić pamięć zasłużonych tylko „na cmentarzu i w kościele", według wyrażenia biskupa Niedziałkowskiego, bo warunki kraju nie pozwalały na inne. Otóż na pomniku, wzniesionym przez ziemian w kamienieckiej katedrze, dłuta artysty Popiela, widniał napis: „Syn tej ziemi, przeszłość jej umiłował, odgrzebywał i opowiadał, a skarby jej czcić uczył". Dzika tłuszcza bolszewicka i tę skromną pamiątkę zniszczyła.

Większe lub mniejsze wspomnienia poświęciły Rollemu, jako lekarzowi i historykowi prawie wszystkie gazety i czasopisma polskie, jak również i szereg rosyjskich, a co należy zaznaczyć, bez zwykłej dla Polaków niechęci. Muszę tu jeszcze podnieść, że ścieżka, wiodąca do jego mogiły nie zarosła tak prędko, gdyż w 10 lat po jego śmierci napisał po rosyjsku gorące o nim wspomnienie N. Jaworowskij, jeden z wielbicieli jego zasług społecznych i naukowych (Trudy Podol. Cerkiew. Obszcz., 1904), a w 20-letnią rocznicę zgonu uczciła pamięć zmarłego p. Klementyna Żebrowska (Działalność historyczna d-ra Antoniego J., Lwów 1914). Jest to dowód, że Podolanie, nie mogąc inaczej uczcić trwale swego Dziejopisa, przechowują go w swych sercach i pamięci.

Niejednego może zainteresować, co zarabiał z praktyki najbardziej wzięty z lekarzy, jacy kiedykolwiek byli na Podolu, tej najbogatszej zresztą naszej prowincji. Po śmierci Rollego znaleziono na stole w gabinecie pół arkusza papieru, na którym na parę dni przed śmiercią D-r Rolle obliczył swoje dochody z praktyki. U góry było napisane: skończyłem uniwersytet 28 października 1855 roku i 29 listopada tegoż roku objąłem posadę w Jaryszowie: mieszkanie, opał i ordynarję, cukier i 300 r. rocznie, przytem usługa i jarzyny. Dochód zacząłem zapisywać od 1 stycznia 1856 r.

Następnie idą w całym szeregu, przez lat 38 (od 1856 do 1893), zapisy coroczne dochodów z praktyki. Zestawiamy je razem. Praktyka zwiększała się stopniowo.

Przez pierwsze 5 lat dochód wynosił rocznie 812—1800 r.
„ następne lat 7 . . . . 2000—2860 r.
„ 3 lata . . . . 3200—3390 r.
„ 6 lat . . . . 4280—4830 r.
„ 8 lat . . . . 5200—5840 r.
„ 3 lata . . . . 6735—6915 r.
a tylko w jednym roku dochód doszedł do 7150 rubli.

Ogólna suma z 38-letniej praktyki wynosiła 144.002 r., przeciętna roczna 3,768 rubli. W praktyce, jak autor podaje były i przerwy, np. w 1858 r. 6 miesięcy bawił w Niemczech z chorym i wziął za ten rok razem 2,600 rubli. W roku 1860, bawiąc w Paryżu miał od Sulatyckiego całe utrzymanie i 1200 rubli, w 1861 pół roku żył na podobnych warunkach w Kamieńcu, otrzymawszy razem 1703 r. Gdy od pierwszego lipca tegoż roku osiadł na wolnej praktyce, miał w niej również przerwy i tak w 1873 roku trzy miesiące nie praktykował z powodu tyfusu, w 1874 roku chorował również przez 8 miesięcy.

Przechodzimy do krótkiego przeglądu naprzód prac naukowo-lekarskich Rollego. Rozpoczął on pisać wkrótce po skończeniu medycyny, w r. 1856. Były to przypadki kazuistyczne z praktyki, notatki, korespondencje, artykuły higjeniczne, materjały do topografji i statystyki lekarskiej Podola, o syfilisie, chorobach umysłowych, szkice psychjatryczne, a ilość ich w ciągu 25 lat (1856 — 1880) dochodzi do 60. Niektóre z prac ogłasza wraz z warszawskim psychjatrą A. Rothem, inne z A. Kremerem; drukuje je przeważnie w „Przeglądzie lekarskim". (Kraków), w „Tygodniku Lekar.", „Pamiętnikach Warsz. Tow. Lekar.", „Klinice" i innych. Oprócz tego, napisał szkice higjeny Podola, ogłosił kilka sprawozdań z czynności Towarzystwa Lekarzy Podolskich, a wspólnie z Kremerem opracował kamienice, place, ulice, ścieki i kanały Kamieńca Podolskiego, oświetlenie Kamieńca i jego mieszkań prywatnych. Pisał o prostytucji miejskiej na Podolu, o topografji i statystyce lekarskiej Podola, o zakładach dobroczynnych i szpitalach w dawnem województwie podolskiem, o chorobach nagminnych, tam panujących i t. d. Ten szereg prac nie byłby pełnym gdyby nie dodać, że wertując i wczytując się w akty i dokumenty z burzliwej przeszłości kraju, jego kolonizacji, Rolle przerzuca się całkowicie do studjów historycznych, które rozpoczyna od historji medycyny, a mianowicie od zbierania materjałów do historji prostytucji, medycyny sądowej i chorób wenerycznych w Polsce oraz do stanu medycyny w XVIII w. za panowania Stanisława Augusta. Odnosi się to do jego pierwszych prac tego rodzaju, ogłoszonych w r. 1862. Pod względem ogromu prac przedsięwziętych, ich drobiazgowości i sumienności w wykonaniu, Rolle może służyć za wzór niedosięgnięty dla lekarzy praktykujących. Dzięki niemu żadna z dzielnic naszych nie posiada tyle różnorodnych prac z zakresu higjeny i medy-

cyny społecznej, co Podole. Gdyby wszyscy inni lekarze, praktykujący w kraju, zrobili choć częściowo to, co zrobił Rolle dla Podola, otrzymalibyśmy wspaniały obraz historyczno-społeczno-higjeniczny Polski, jakiego zapewne nie posiada żaden z krajów Europy. Rolle, jak wielu młodych lekarzy, osiadł na prowincji, posiadając wrodzone zdolności, pełen energji, rwąc się do czynu, z altruizmem oddawał się chorym. Swą pracę naukową zaczyna od ogłaszania przypadków kazuistycznych, spostrzeganych w praktyce lekarskiej, z wiarą, że powiększy w ten sposób skarbiec doświadczeń i przyczyni się do rozwoju medycyny. Lecz wkrótce przestaje go to zadawalniać, albowiem nabiera przekonania, że ogromna część ogłaszanych w czasopismach lekarskich przypadków kazuistycznych staje się makulaturą i idzie w zapomnienie w bibljotekach pod grubą warstwą pyłu. Jeżeli taki lekarz, rwący się za młodu do pracy, nie znajdzie ujścia dla swych aspiracyj, to tonie w środowisku, jakie go otacza, szukając praktycznych celów życiowych lub uciechy w kartach, czy kieliszku.

Obszerny dział prac d-ra Rollego obejmują studja historyczne, dokonane w archiwach i zbiorach dworów i dworków szlacheckich, ujęte w liczne opowiadania, wspomnienia, i gawędy o dziejach Podola, począwszy od XVI do XIX w., a więc aż do naszych czasów; obejmują też one nieraz i sąsiednie prowincje. Pierwsze występy autora recenzja, jak to zwykle bywa, przyjęła chłodno, zarzucając autorowi prowincjonalizmy językowe i to, że prace nie są ściśle naukowe, a noszą charakter beletrystyczny. Przyszłość pokazała, że piszący miał słuszność: gdyby bowiem te prace były podane w suchej formie, leżałyby dotąd nieruszane na półkach księgarskich, a dzięki swej popularnej formie stały się dostępne szerokiej masie czytelników i doczekały się kilku wydań. W literackiej, porywającej formie, w obrazach, owianych miłością kraju, jego pięknej przyrody i ludzi autor kreślił historje pojedyńczych ludzi, dzieje całych rodów i społeczeństwa. Zamieszkując w owe lata na Ukrainie, byłem świadkiem, z jakim entuzjazmem rozchwytywano i czytano opowiadania i gawędy Rollego, począwszy od Zameczków Podolskich, a skończywszy na różnych historycznych monografjach. Czytały je z nieustającem zainteresowaniem tak starsze pokolenia, jak młodzież i podrostki. Autor przystępuje do swych studjów historycznych, jak mało kto do tego przygotowany. Od urodzenia patrzył na miejscową przyrodę, ucząc się w szkołach i na uniwersytecie kijowskim, odczuwał i znał wybornie kraj i ludzi. We dworach i dworkach poznawał

życie szlachty, pod strzechami zbliżał się do ludu i studjował jego byt, zwyczaje i poezję. W historycznych opisach ujęta jest cała przeszłość kresowych placówek, stających żywo przed oczami czytelnika, jak Bar, Mohylów, Żwaniec, a wśród nich największa, uważana przez czas długi za nie do zdobycia twierdza kamieniecka, najdroższa autorowi. Przesuwa się przez te warownie cały szereg rycerzy i bohaterów, którzy zdobią najpiękniejsze karty szkiców, jak „Pod półksiężycem", „Pod krzyżem" w „Zdradzie kamienieckiej" i t. d. Są tu czyny godne patrjotyzmu największych bohaterów starożytnej Hellady, jak śmierć majora Heklinga i Wołodyjowskiego, walczących z nawałą hord tatarskich. Niestety, kiedy jedni narażając swe życie, walczą w obronie granic Rzeczypospolitej, drudzy spędzają czas w ustawicznych wojnach domowych i sporach majątkowych, jak to widzimy w szkicach o „Nieszczęśliwym władyce", „Sprawie tarnowskiej" lub w „Ks. Bazylim Ostrogskim". W oddzielnych obrazach kreśli autor kolonizację kraju; oddając zasługi pierwszym osiedleńcom, opowiada o stopniowym wzroście fortun szlacheckich, wywyższaniu się jednych nad drugimi, ponad tłum szlachty szaraczkowej, co wytwarza dumę rodową, a z nią po wzbogaceniu się szło i marnotrawstwo, rozpusta, opilstwo, frymarczenie interesami państwa i przedajność obcym mocarstwom pod hasłem, kto da więcej. Złota wolność prowadzi do warcholstwa królików Rusi i tragicznej roli, jaką odegrali w dziejach upadającej Rzeczypospolitej, jak np. Szczęsny Potocki. Na ruinach magnackich fortun wzbogacają się pojedyncze rody szlacheckie, a wśród nich i kreatury zaborczego rządu rosyjskiego, jak Złotnicki, Hulewicz, lub przedstawiciel buty szlacheckiej i okrucieństwa, straszny Józef. — Rolle swe opowiadania poświęca i lepszym siłom, które wywyższają się ponad przeciętny poziom narodu i walczą o wolność, jak Kościuszko, Orłowski, Prozor. Położenie kraju wytworzyło typy chore, zmarnowane, których zdolności mogłyby być wyzyskane w innych warunkach dla dobra i pożytku kraju; jak zamożny obywatel Ścibor Marchocki, przezwany hrabią Reduxem, założyciel w swych dobrach (Minkowcach) idealnego państwa, w którem zniósł poddaństwo udoskonalił rolnictwo, pozakładał różne warsztaty rzemieślnicze, drukarnię, instytucje filantropijne, szpitale, szkoły i posiadał taką miłość u ludu, że kiedy władze rosyjskie pociągnęły go do odpowiedzialności za zburzenie cerkwi, lud minkowiecki nie dopuścił do uwięzienia swego pana i wyjednał mu zwolnienie od odpowiedzialności. Inny kresowy dziwak, słynny Wacław Rzewuski, Emir Tadż el Faher, opuściwszy swe włości

żyje, przywdziawszy strój beduiński, wśród Arabów, u których uzyskuje wielką popularność; do ojczyzny wraca przebrany za Ukraińca, jako „Bat'ko Rewucha". W r. 1831 śpieszy do szeregów powstańczych i ginie jakąś zagadkową śmiercią — ten syn hetmański, chcący odkupić grzechy swych ojców; ogromne dobra konfiskuje rząd zaborczy, a ostatni potomek rodu, Leon, umiera jako żebrak. Osobne znowu opowiadanie poświęca Rolle Tadeuszowi Leszczyc-Grabiance, twórcy sekty Awiniońskiej, właścicielowi wielkiego majątku, który oplątany chorobliwemi mrzonkami okultyzmu, szuka wszędzie wyznawców dla swych idei, a nie mogąc znaleść ich w Polsce, udaje się do Francji, a potem nawet do Petersburga, w nadziei, że wśród Rosjan potrafi prędzej zyskać zwolenników dla siebie, jako twórcy nowego Izraela. Roztrwoniwszy na propagandę całą swą miljonową fortunę, podejrzany przez władze o aspiracje królewskie, zostaje wtrącony do twierdzy Petropawłowskiej, w której kończy życie, podobno otruty. Przy naszej skłonności do mistycyzmu nigdzie nie występują typy oryginalne w tak wzmożonej sile, jak na Podolu, a Rolle odtwarza je z ogromną prawdą psychologiczną. Ludzie ci nieraz utalentowani, o silnych charakterach marnowali się z powodu tych fantastycznych, nie zastosowanych do życia marzeń. Niewola, prześladowania całych pokoleń, tajne spiskowania wraz z wiarą w siły nadprzyrodzone, mogące zbawić Polskę, wytworzyły obok życia realnego świat dziwacznych wizyj, odrywających niejednego z ludzi utalentowanych od codziennej szarej pracy, przenosząc ich w świat marzeń i ułud nigdy nieziszczalnych.

W opisach swych nie zapomniał autor i o Ormianach, małej osobnej grupie wschodniej, specyficznie podolskiej, zamieszkującej na krańcach Rzeczypospolitej; jedyny to obok Tatarów, element obcy, który zlał się w jedno z elementem szlacheckim, dając temu rycerskiemu żywiołowi, z chorobliwie nieraz wyolbrzymionem pojęciem o swym honorze, rozwagę, zdolności gospodarcze i oszczędność, których mu brakowało. Nie uszli też uwagi naszego historyka i współcześni mu pisarze i zasłużeni badacze Ukrainy, którym poświęcił gorące wspomnienia.

Niemniejszą w opowiadaniach Rollego odegrały rolę niewiasty kresowe, przedstawiające bogatą różnorodność typów. Występują tu dzielne kobiety o twardych, nieugiętych charakterach, pełne ofiar i poświęcenia jak Barbara z Jeziorkowskich, żona Michała Wołodyjowskiego, lub też te, które wydał zasłużony ród Czackich, czy też o niezłomnym charakterze Tadeuszowa ze Stadnickich Grabianczyna.

Innego typu są wdzięczna i tkliwa Teklunia Zurowska, miłość Kościuszki, czy Delfina z Komarów Potocka, owiana urokiem poezji i romantyzmu, i odmienna od nich wszystkich, przesadzona z południa na grunt podolski, namiętna i przewrotna Zofja Celice, pełna awanturniczych przygód żona Szczęsnego Potockiego z Tulczyna. Pamiętam z lat mej młodości, jakie budziło zaciekawienie szczególnie na Ukrainie pojawienie się każdego tomiku opowiadań lub gawęd dr. Antoniego J. Rozczytywaliśmy się w dziejach przeszłych kraju, w walkach staczanych z Turkami, w opowiadaniach o wielkiem dziejowem posłannictwie, jakie Polska spełniała na wschodzie, kolonizując bezbrzeżne stepy i zraszając je krwią w obronie swoich granic. Podziwiać tylko można tę siłę atrakcji, z jaką żywioł polski przyciągał ku sobie i asymulował żywioł ruski, kulturalnie niżej od siebie stojący. Kiedy pradziad był „błahoczestywym" Rusinem, dziad, będąc jeszcze „błahoczestywym" i Rusinem, bronił granic wspólnej ojczyzny, ojciec, choć zachował wiarę ojców, lecz już używał mowy polskiej, a wnuk był katolikiem i Polakiem. W ten sposób odbywała się dobrowolna, nieprzymusowa polonizacja szlachty ruskiej, z czem powinni się zgodzić bezstronni pisarze ruscy. Wiele z motywów, które Rolle opisał historycznie, zgodnie z prawdą dziejową, Sienkiewicz ujął w pełne fantazji poetyczne obrazy, które porywały masy, jak każda poezja; prawda historyczna ma zwykle mniej zwolenników w prostej swej szacie, niż w postaci nieco ubarwionej fabuły powieściowej. Wielu jednak z nas, młodzieży kresowej, studjującej przyrodę, pamiętając słowa Szujskiego, że „historja jest mistrzynią życia", bardziej się garnęło do prawdy życiowej, niż do ułudnej poezji. Niektórzy entuzjaści w uniesieniu porównywali pisma Rollego do „Szkiców Anglji" Macaulay'a.

Co do wartości prac historycznych naszego dziejopisa, osnutych na ścisłych studjach archiwalnych, przytoczę opinje paru kompetentnych Rosjan, ludzi z obcych obozów. Jeden z nich, Jaworowskij, w dziesięć lat po śmierci Rollego, w swoich wspomnieniach o nim, tak go charakteryzuje, odnosząc się do niego z wielkiem uwielbieniem. „Rolle, przystępując do pracy historycznej" powiada „był doskonale przygotowany, znając i kochając kraj i ludzi. Chociaż z wychowania, pojęć i przekonań do końca życia pozostał wierny swemu polskiemu pochodzeniu, lecz był to Polak wykształcony, wysokiej kultury, zmądrzały na dziejach historji przeszłości, o szerokiej tolerancji, człowiek w najszczytniejszem znaczeniu tego wyrazu. Koło jego znajomych nie ograniczało się tylko do jego ziomków, lecz

obejmowało ludzi wykształconych, interesujących się wiedzą historyczną. Charakteryzowała go wrodzona, żywa, polska natura, przy uprzejmości, i uspołecznieniu i tolerancji Francuza, które otrzymał po przodkach. Podobnie, jak Schiller, studjował medycynę, która zapewnić mu miała skromny byt, dla chleba. Nie służyła mu ona jednak do wzbogacenia się i używania, natomiast dawała mu bogate materjały dla studjów i wywodów naukowych. Medycyna praktyczna, jako pomocnicza wiedza przyrodnicza, była mu niemało pomocna, gdyż dzięki praktyce lekarskiej ściśle łączyła go z życiem. Miał on reputację najlepszego lekarza, jacy kiedykolwiek byli w Kamieńcu, a to dzięki temu, że kiedy ludzie zwykłych zdolności nie wychodzą poza ciasny krąg swej specjalności, Rolle interesował się szeroko tem, co człowiek przeżywał tak w prywatnem swem życiu, jako jednostka, jak i społecznem w ciągu kilku stuleci XVI—XIX w. Biorąc za podstawę swych opowiadań historję dawnej epoki, Rolle zapoznaje nas z warunkami bytu i życia wymarłych pokoleń, odtwarza je w nadzwyczaj bujnej fantazji, w której talent jego okazał się istotnym darem Bożym. Wskrzesza i uduchowia zapomniane i z kurzu starych szpargałów wydobyte postacie, nadając im ruch i życie. Niektóre utwory, pisane są w formie beletrystycznej, a osoby w nich występujące ujęte artystycznie, niemal poetycznie. Poetyczne opisy piękna przyrody Rusi południowej przypominają" powiada Jaworowskij „Gogola, przyczem Rolle, pomimo swych polskich sympatyj przedstawiając życie polskiego społeczeństwa i jego typy, musiał dotykać przeszłości i działalności również i ruskich przedstawicieli; etnograficzne obrazy tchną, bez uronienia przeszłości, prawdą życiową i historyczną, a choć poetycznie odczute, zgodne, są z materjałami archiwalnemi i historycznemi".

Przytaczamy jeszcze opinję prof. Antonowicza, jednego z najbardziej kompetentnych historyków Rusi. Rozszedł się on z autorem „Zameczków podolskich", lecz, mimo że był przeciwnikiem i wrogiem polskości, oddaje Rollemu wielkie pochwały, nietylko jako sumiennemu i kompetentnemu badaczowi przeszłości Rusi, lecz i dla jego talentu popularyzatorskiego, dzięki któremu społeczeństwo polskie poznało, zdaniem Antonowicza, historję i przeszłość Rusi południowej bez żadnych tendencyjnych niedomówień. Był on przytem pierwszym, który wprowadził do polskiej historjografji wywody i rezultaty prac rosyjskich uczonych, a taka bezstronność przyczynia się do uspokojenia kraju. Antonowicz kończy swe zdanie o Rollem,

wyrażając uznanie dla jego prac historycznych i mówiąc, że z jego śmiercią nauka i społeczeństwo poniosły niezastąpioną stratę.

Dzieła dr. J. Rollego wyszły przed laty w 20-tu tomach i kilku wydaniach, dziś są wyczerpane. 100-letnią rocznicę urodzin dziejopisa Podola powinno społeczeństwo uczcić nowem, taniem wydaniem Jego prac. Żyjące dziś pokolenie zapomniało o nich, a młode nie zna ich zupełnie; powinno ono, czytając dzieje Rusi, poznawać, że nie jesteśmy tam przybłędami, stanowimy żywioł rdzenny, od wieków zrośnięty z tamtejszą ziemią. (d. c. n.).

Doc. D-r S. BAGIŃSKI. — Wilno.

O histochemicznem wykryciu niektórych kationów.

(Z Zakładu Histologji U. S. B. — Kierownik Prof. Dr. *S. Hiller*).

Doniesienie tymczasowe. [1]).

Każdemu, kto zamierzał za pomocą licznych proponowanych metod wykryć nieorganiczne składniki tkanek, znane są te, wprost nieprzezwyciężone trudności, jakie w większości wypadków uniemożliwiają wykrycie oraz zlokalizowanie danego pierwiastka. Na przeszkodzie, naszem zdaniem, stoi to, że wszystkie pierwiastki nieorganiczne występują w związkach z koloidami organicznemi i są tak silnie z niemi spojone, że całkowicie zatracają swoje charakterystyczne cechy chemiczne. Nieznaczna tylko ich część występuje w postaci zdysocjowanej, w postaci kationów lub anionów, których wykrycie zwykłemi sposobami jest niemożliwe: większość proponowanych metod jest tak niepewna i nietrwała, że polegać na nich nie można. Wskutek tego niemal zupełnie nie znamy histochemicznego składu tkanek, a sama histochemja, jako nauka znajduje się dopiero w zaczątku.

W ostatniem dziesięcioleciu histochemja wzbogaciła się w nowy dział — spodografję, metodę bardzo subtelną a polegającą na spopielaniu tkanek w t^0 około 500—600 stopni C., wskutek czego ulatniają się składniki organiczne a pozostają jedynie składniki nieorganiczne, których rozmieszczenie topograficzne nie ulega zbyt wielkim zaburzeniom. Metoda ta, opisana już dawniej przez *Lieseganga*

[1]) Wygłoszono na posiedzeniu Wil. Tow. Lekarskiego w d. 30. IV. 1930.

(1910) i *Hererę* (1912), dopiero w 1923 roku została dokładnie opracowana przez *Policarda* i w jego opracowaniu nadaje się do badań histologicznych. (Ryc. 1).

Niestety, niewielka ilość prac ukazuje się z tej dziedziny, metoda ta nie uzyskała jeszcze ogólnego uznania, na jakie bezwzględnie zasługuje. Obecnie *E. Tschop* z Bazylei przystąpił do systematycznego opracowania spodografji.

Od 9-ciu przeszło lat zajmując się histochemją wogóle, zaś od lat kilku ($3^1/_2$) studjując specjalnie spodografję, udało się nam wprowadzić kilka, jak nam się zdaje, ulepszeń, pozwalających wykrywać w spodogramie rozmaite kationy, jednakże dalecy jeszcze jesteśmy od całkowitego zakończenia strony technicznej. W niniejszem tymczasowem doniesieniu dajemy krótkie sprawozdanie ze sposobów, pozwalających wykrywać narazie takie kationy jak *Ca* — wapień, *Na* — sód, *Fe* — żelazo. Dążeniem naszem jest udostępnienie wykrycia kationów *organogenów* wogóle, stale spotykanych w ustroju, a więc nie tylko *Na*, *Ca* i *Fe* lecz także *K* — potas, *Mg* — magnez, *Si* — krzem, *Mn* — mangan; będziemy starali się również wykryć inne przypadkowe wzgl. niestałe kationy, mogące w pewnych wypadkach bądź w pewnych tylko ustrojach wchodzić w skład tkanek, jak *Al* — glinę, *As* — arsen, *Cu* — miedź, *Hg* — rtęć, *Bi* — bismut, *Ag* — srebro, *Au* — złoto i t. p.

W opracowaniu, podanem przez *Policarda*, spodografja posiada kilka stron ujemnych: przedewszystkiem, preparaty są bardzo delikatne, a więc niewygodne do przechowywania; — spoistość złogów, powstałych po spopieleniu, jest tak niewielka, że częstokroć najmniejszy podmuch powietrza unosi je ze szkiełka podstawowego; następnie spopielanie wykrywa globalną ilość rozmaitych kationów, gdyż złogi z wyjątkiem żelazowych, ze względu na białą barwę są niemożliwe do zróżnicowania. Dążeniem przeto naszem było:

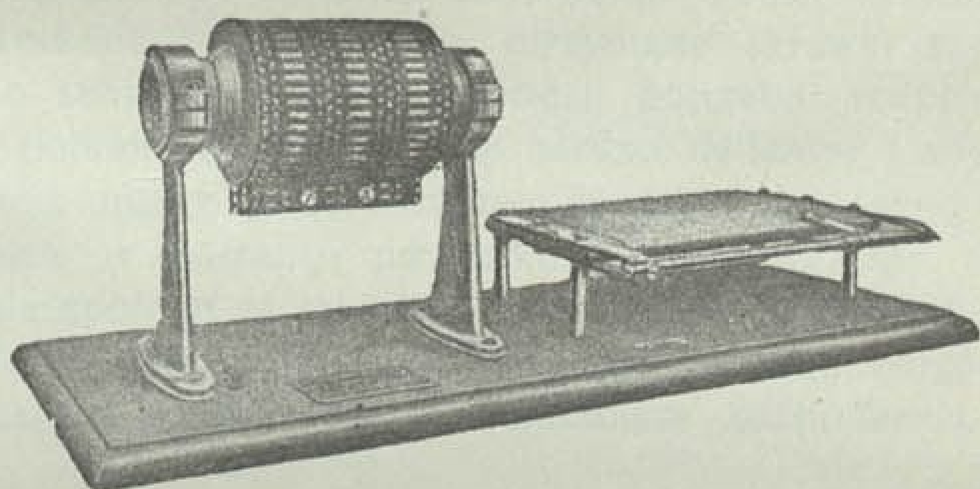
1) wykryć sposób, pozwalający utrwalić złogi na szkiełku;

2) wynaleść odczyny barwne, swoiste dla każdego kationu, umożliwiające łatwe wyróżnienie go z pośród ogólnej masy, oraz

3) podać takie sposoby utrwalania tkanek, które możliwie najdokładniej gwarantowały by nierozpuszczalność składników nieorganicznych, z których po spopieleniu wydziela się odpowiednie kationy.

I. Utrwalanie tkanek.

Wymieniony wyżej *E. Tschop* nie radzi używać dla celów spodografji jakichkolwiek utrwalaczy, twierdząc, że w ten sposób uni-



Rysunek przedstawia piecyk elektryczny pomysłu Policarda a konstrukcji P. Couprie (Lyon. 7 Quai Claude Bernard). Składa się on z rury krzemowej, której wewnętrzna średnica odpowiada szerokości szkiełek przedmiotowych; dookoła rury owinięty jest drut ze specjalnego, trudno utleniającego się metalu. Od zewnątrz izolowany jest piecyk grubym płaszczem azbestowym ujętym w metalową siatkę. Konstrukcja taka znacznie ułatwia ewentualne naprawy wzgl. zamianę azbestowego płaszcza, który zużywa się z biegiem czasu. Znajdująca się obok opornica pozwala na regulowawanie napięcia przepływającego prądu, a tem samem i wysokości ciepłoty. Najwyższa ciepłota, jaką można osiągnąć dochodzi do 1000°, lecz dla celów histochemicznych jest zbyteczną i zwykle nie przekraczamy ciepłoty 400° — 500° C, t. j. ciepłoty — czerwonego żarzenia, w tej temperaturze, odpowiednio przygotowane skrawki, ulegają spopieleniu w ciągu 10 — 15 minut. Preparaty wsuwa się do piecyka na podkładce z azbestu lub trudno topliwego metalu — nikiel, platyna, stal.

Piecyki Policarda odznaczając się prostotą i wzgl. taniością przewyższają inne, konstrukcji niemieckiej, bardzo skomplikowane i odpowiednio droższe.

kamy rozpuszczenia soli, zawartych w tkankach. Jest to twierdzenie zupełnie słuszne, lecz doświadczenie własne przekonało nas, że nieutrwalone tkanki podczas spalania ulegają znacznemu i nierównomiernemu skurczeniu, z drugiej zaś strony tkanki te nie dają się krajać na tak cienkie skrawki, jak utrwalone i zatopione w parafinę, co znowu nie jest obojętne dla poznania szczegółowej budowy. Postępując jak poniżej, zdołaliśmy już do pewnego stopnia zmniejszyć retrakcję tkanek: przeznaczone do badania tkanki krajemy na zwykłym mikrotomie do zamrażania, otrzymane skrawki szybko przenosimy na szkiełko i o ile zachodzi potrzeba rozprostowujemy ostrożnie igiełkami (zabieg ten jest bardzo delikatny i wymaga wielkiej wprawy), następnie podsuszamy je powoli w niskiej temperaturze (możliwie w lodowni); po całkowitem wysuszeniu skrawki są dostatecznie spojone ze szkiełkiem, zaś przy użyciu niezbyt twardego szkła, podczas spopielania następuje silne spojenie złogów mineralnych ze szkłem, a wskutek tego minimum uszkodzenia topografji kationów.

Według naszego doświadczenia najlepszym, aczkolwiek nie idealnym utrwalaczem, jest *alkohol absolutny*, który nie rozpuszcza żadnych soli, występujących w ustroju. O ile chodzi nie tylko o badanie spodogramów, lecz także i o zwykłe histologiczne badanie barwionych preparatów, posługiwaliśmy się mięszaniną: alkoholu absolutnego 100 cm., formaliny zneutralizowanej 5 cm.

W niektórych wypadkach posługiwaliśmy się specjalnemi płynami, które gwarantowały absolutną nierozpuszczalność pewnego określonego kationu wzgl. jego soli, bliższe szczegóły podamy przy odpowiednich kationach.

Przy spopielaniu tkanek, zawierających w obfitości mięśnie lub tkankę łączną, następuje znaczna retrakcja, powodująca zaburzenia w pierwotnej topografji poszczególnych składników morfologicznych. Unikamy tego, utrwalając tkanki za radą *Policarda* we wrzącym alkoholu: kilkuminutowe gotowanie wystarcza, ażeby niemal całkowicie uniknąć skurczu, sporządzając zaś z sąsiednich skrawków zwykłe barwione preparaty, możemy z porównania przeprowadzić nawet bardzo ścisłe różniczkowanie.

Dalsze manipulacje nie odbiegają od zwykłych zasad techniki mikroskopowej, skrawki 10—12 mikronowej grubości najlepiej przyklejać alkoholem do niezbyt grubego szkiełka z miękkiego szkła. Grubość szkiełka podstawowego odgrywa wielką rolę, gdyż od tego zależy rozpraszanie wiązki promieni świetlnych i rozjaśnienie pola

widzenia. Ażeby uniknąć wyginania się szkiełka podczas spopielania, posługujemy się płytką azbestową, niklową lub platynową, na której wsuwa się preparat do piecyka. To spopielanie nie powinno przekraczać 500° C., lepiej nawet 300° C. gdyż w wyższej ciepłocie następuje ulatnianie soli sodowych bądź potasowych (sole potasowe ulegają rozkładowi w T° około 300°, zaś sodowe około 400°).

Przy podanej grubości skrawków 15-minutowe spopielanie w zupełności wystarcza dla całkowitego ulotnienia się składników organicznych.

II. Utrwalanie spodogramów.

Spodogramy przedstawiają się, jako subtelne mniej lub więcej obfite złogi, stosunkowo luźno spojone ze szkiełkiem podstawowem. O ile nie zostaną pokryte, są one bardzo nietrwałe, przeto starano sią w rozmaity sposób zabezpieczyć je przed uszkodzeniem: *Policard* pokrywa je szkiełkiem pokrywkowem, pod które podkłada odpowiednią ramkę z bristolu, jednakże sposób ten nie chroni złogów przed wstrząsem, inni autorzy proponują pokrywać spodogramy fenolem, olejkiem anilinowym i t. p., jednakże sposoby te nie nadają się, o ile chodzi o dalsze wykrywanie kationów.

Zastanawiając się nad tą kwestją, rozumieliśmy doskonale, że należy dążyć do takiego utrwalenia złogów na szkiełku, które: 1) spoiłoby je dostatecznie silnie ze szkiełkiem, 2) przesyciło dokładnie złogi, nie naruszając ich struktury, by w ten sposób były one zabezpieczone przed zniszczeniem wskutek wstrząsów i 3) płyn utrwalający nie powinien reagować ani ze złogami, ani też z odczynnikami, używanemi do wykrywania kationów. Po wielu próbach zatrzymaliśmy się na *1% kolodjonie w alkohol-eterze*, płyn ten powinien być możliwie najdokładniej obojętnym, w tym celu tak alkohol, jak i eter powinny być odkwaszone, sam zaś przygotowujemy, biorąc:

4% kolodjonu (Collod. officin.) 20 cm.
alkoholu absolutnego . . 30 cm.
eteru . . . . 30 cm.

Do tego płynu pogrążamy *ostrożnie (NB)* preparaty, najlepiej do zwykłej szalki *Petriego* na przeciąg kilkunastu, (15—30) minut do 2-ch godzin w zależności od ilości złogów, im złogi obfitsze tem dłużej powinny być spodogramy kolodjonowane; zresztą przetrzymanie zupełnie nie szkodzi. Następnie preparaty wysuszamy, cały spodogram zarówno jak i szkiełko zostają powleczone cieniutką warstewką kolodjonu, która nasiąka tak wodnemi jak i słabemi alko-

holowemi (cave alkohol absolutny) płynami, a wskutek tego odpowiednie odczynniki reagują ze złogami kationów wzgl. solami ich. Tak przygotowane spodogramy obserwujemy w binokularnym mikroskopie w świetle odbitem lub też w opakiluminatorze, który pozwala nawet na obserwację pod imersją.

1. Wykrycie kationu wapnia.

Ca cięż. atomowy 40, 09, c. wł. 1, 5, p. topl. około 700 C⁰.

W ustrojach wapień występuje w postaci fosfatów, węglanów, fluorków oraz w postaci bliżej nieznanego koloidalnego związku z białkiem. Sole te za wyjątkiem ostatniej występują w zdysocjowanej postaci, w spodografji zresztą kwestja ta nie odgrywa żadnej roli gdyż w ciepłocie 300 a nawet 500 stopni sole te przechodzą w *CaO*—wapno niegaszone wzgl. *CaCl*—chlorek wapnia, na drodze rozkładu chlorków.

Należy podkreślić, że wapień jest najłatwiejszym do wykrycia kationem, ze względu na obfitość oraz nielotność soli. Sądząc że pewna ilość soli wapniowych może ulegać podczas utrwalania rozpuszczeniu, używamy płynu który jak nam się zdaje, zapewnia unieruchomienie soli wapniowych w tkankach. Pod wpływem tego utrwalacza sole wapniowe zostają zlokalizowane w miejscu ich obecności, nie mogąc dyfundować do otoczenia wobec powstawania nierozpuszczalnych połączeń—*gipsu*, którego kryształy inkrustują tkanki, nie wpływając jednakże na zdolność ich do krajania. Nie jednokrotnie mogliśmy się przekonać, że tkanki doskonale się krają, zaś z wyników barwienia, że istotnie jony wapniowe zostały unieruchomione w pewnych tylko tkankach, o czem obszerniej na innem miejscu.

Używany przez nas utrwalacz posiada następujący skład:

Formaliny . . . . 10 cm.
Kw. siarkowego stężonego 2 cm.
Alkoholu absolutnego . . 100 cm.

niezbyt wielkie kawałki utrwalać należy w ciągu *24* godzin. Utrwalacz ten posiada jeszcze jedną zaletę, mianowicie pod wpływem kwasu następuje hemoliza krwi, zawartej w naczyniach, wskutek czego spodogramy są, rzec można, czyściejsze, nie dając złogów żelazowych z hemoglobiny. Utrwalacz ten nie nadaje się do wykrycia innych kationów, które z kwasem siarkowym dają rozpuszczalne sole, jak K_2SO_4, Na_2SO_4, Mg_2SO_4, $Mn\ SO_4$ i t. p. Dążąc do wykrycia różnych kationów, posługujemy się alkoholem absolutnym wzgl. sporządzamy skrawki z nieutrwalonych tkanek w sposób podany wyżej.

Sporządzone spodogramy badamy rozmaicie zależnie od celu, do jakiego dążymy. O ile w spodogramie zawarte są rozmaite kationy i staramy się zróżniczkować je, stosujemy rozmaite odczynniki, według pewnego z góry nakreślonego planu; pewniejsze wyniki otrzymujemy, przeznaczając dla każdego kationu po jednym spodogramie. Z porównania kilku preparatów ustalamy topografję ciał nieorganicznych danej tkanki (bliższe szczegóły zostaną podane podczas druku wyników in extenso).

W histochemji istnieje znaczna ilość mniej lub więcej czułych metod wykrywania wapnia w tkankach, jednakże dążąc do wyodrębnienia kationów, zatrzymaliśmy się na tych odczynnikach, które dają jaskrawe barwne reakcje.

Dla wyodrębnienia kationu wapnia zatrzymaliśmy się na *purpurynie* [1]), której czułość według *Macalluma* ma wynosić 1:800 t. zn., że *purpuryna* daje wyraźne zabarwienie przy zawartości 1 grama soli wapniowych w 800 cm. wody. Cyfry uzyskane przez nas były wyższe, czyli metoda jest dostatecznie czułą tembardziej, że stężenie w spodogramie znacznie przekracza podane cyfry.

Spodogramy zawierające sole wapniowe, barwią się naogół na jaskrawo-czerwony kolor, różnice w odcieniach są trudniejsze do wykrycia, gdyż zasadniczo występują mięszaniny różnych soli.

Do barwienia używamy następującego roztworu:

Purpuryny 0,25 grm.
Alkoholu 90% 100 cm.
Kw. solnego 2 krople

kwas solny ma potęgować zabarwienie (*Grandis*). W powyższym płynie barwimy spodogramy od $^1/_2$ do 2 godzin zależnie od obfitości złogów, naogół przenikanie odbywa się powoli. Przebarwienie nie szkodzi, lecz potęguje samo zabarwienie. Po zabarwieniu nadmiar barwika usuwamy, pogrążając preparat na kilka sekund do 70%, alkoholu po wysuszeniu preparat nadaje się do obserwacji.

---

[1]) *Purpuryna* 1, 2, 4, *trzyoksyantrachinon* o wzorze $C_6H_4<^{CO}_{CO}>C_6H_4(OH)_3$ została w 1900 r. wprowadzona przez *Grandis*'a i *Mainini*'ego do barwienia soli wapniowych, które barwi na czerwono z różnemi odcieniami zależnie od chemicznego składu; według *Olgi Schuscik* odcienie te są następujące:

węglan wapnia — $Ca\ CO_3$ barwi się na czerwono-różowo,
fosforan obojętny — $Ca_3\ (PO_4)_2$ barwi się na żółto-czerwono,
siarczan wapnia — $Ca\ SO_4$ barwi się na żółtawo-czerwono.

Należy pamiętać, że po wyschnięciu złogi tracą nieco na jaskrawości, dlatego korzystniej jest cokolwiek je przebarwić.

Dla kontroli przerabiamy zwykle badania mikrochemiczne z kwasem siarkowym wzgl. kw. octowym.

2. Wykrycie katjonu żelaza.

Fe c. at. 55,85 c. wł. 7,88 p. topl. 1600 C°.

Zróżniczkowanie żelaza w spodogramach jest stosunkowo łatwe, a to ze względu na miedzianą barwę złogów; w każdym preparacie, zawierającym naczynia krwionośne — krew, po spopieleniu występują wyraźnie zabarwione złogi, wyodrębniające się zpośród innych niezabarwionych, białych złogów.

Aczkolwiek metoda ta jest bardzo czuła (*Bagiński*), nie uwidacznia jednakże żelaza z chromatyny jądra, jak nam się zdaje li tylko dla tego, że jest ono maskowane złogami wapniowemi, bardziej obfitemi, niż żelazowe.

Spodogram utrwalamy, jak zwykle kolodjonem, dla ścisłego zaś skontrolowania, czy rzeczywiście owe na miedziano zabarwione złogi pochodzą z żelaza, przerabiamy pospolite odczyny mikrochemiczne w celu przekształcenia, najprawdopodobniej, tlenków żelaza w błękit pruski wzgl. błękit turnbulowy; należy jednakże liczyć się z tem, że po takich zabiegach, jeśli spodogram nie zostaje całkowicie zniszczony, to w każdym razie znacznie zmniejsza się ilość pierwotna złogów. Zabiegi mikrochemiczne należy wykonywać bardzo ostrożnie, unikając gwałtowniejszych ruchów, wstrząsów i t. d.

3. Wykrycie katjonu sodu.

Na c. at. 23 c. wł. 0,97 p. topl. 95,6.

W spodogramach mamy do czynienia z nieznacznemi tylko ilościami sodu, gdyż ten kation jest przeważnie składnikiem ustrojowych cieczy tkankowych i w nich tylko obficie występuje. Pierwsze nasze próby zostały przerobione na takim materjale, jak rozmazy krwi (cienkie i grube), chłonka i t. p. Otrzymane rezultaty zachęcają do dalszych szczegółowych prób w tym kierunku. Wyniki badania tkanek nie są tak przekonywujące, jak sądzimy z następujących powodów: 1) nieznacznej ilości jonów sodowych w morfotycznych składnikach tkanek i 2) łatwego dyfundowania do otoczenia związków sodowych, które należą do łatwo rozpuszczalnych soli (chlorki, fosforany).

A priori można było oczekiwać, że wyniki będą mniej demonstracyjne, niż w spodogramach z obfitemi złogami wapnia lub żelaza. Przyszliśmy przeto do przekonania, że konieczne jest swoiste utrwalanie, które mogłoby unieruchomić związki sodowe w tkankach; odpowiedni płyn już posiadamy, badania są w toku, a bliższe szczegóły zostaną podane później.

W celu wykrycia kationów sodu posługiwaliśmy się ¹/₄% roztworem w 50% alkoholu *siarkoalizarynianu sodowego* (*Alizarynsulfonsaures natrium*).

Siarkoalizarynian sodowy, Alizarinrot S., jest ciemno żółtym barwikiem o strukturze

```
            OH
   /\—CO—/\ OH
  |  |     |  |
   \/—CO—\/ SO3 Na
```

roztwory jego są barwy bronzowej, ze związkami zaś sodu dają jaskrawe fioletowo-czerwone zabarwienie, łatwe dla wyróżnienia wzrokowego. Kontrolę, jak zwykle przeprowadzamy drogą swoistych odczynów mikrochemicznych.

Nie przedłużając i tak dość obszernego doniesienia tymczasowego, dalekiego jeszcze od wyczerpującego potraktowania sprawy, podamy wszelkie szczegóły w pracy, która zostanie opublikowana po zakończeniu pierwszej serji badań, dotyczących t. z. *organogenów*.

B i b l j o g r a f j a.

B a g i ń s k i S. Pamięt. Wil. Tow. Lek. Rok IV, Zesz. 5. H e r e r a A. L. La terapeutica Moderna. Mejico, 15. VII. 1912. L i e s e g a n g R. E. Biochem. Zeitsch. 28. — 1910. P o l i c a r d A. Bull. de la S-té chimique de France 22. VI. 1919. P o l i c a r d A. Bull. d'Histologié appliqueé T. I. — 1924. T s c h o p E. Möllendorf'sche Hadbuch d. Mikroskop. Anatomie B. I. Teil. I. 1929.

S. BAGIŃSKI.

Sur la détection histochimique des diverses cations.

Note préliminaire.

Au but de découvrir des diverses cations dans les spodogrammes auteur aemployé plusieurs méthodes aux réactions colorées. Ainsi on peut colorer en rouge-orangé les cations du calcium en se servant de la *Pourpourine* a ¹/₄ p. c. en solution alcoholique ou celles du Sodium en employant la solution ¹/₄ % de *sulfalizarinate* de sodium qui teinte les cations *Na* en rouge-violacé. Les cations du Fer sont décelable sans difficulté a cause de leur teint rouge-carmin, on peut les controler par la réaction du bleu de Prusse ou bleu de Turnbull. Dans les notes qui suivent on trouvera une exposé détaillée.

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI, st. asystent kliniki.

Co lekarz o rozwoju mowy u dziecka wiedzieć powinien*).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B.
(Kierownik Pr. Dr. *J. Szmurło*).

Lekarz, którego zadaniem jest nietylko leczenie chorób, lecz przedewszystkiem zapobieganie ich powstawaniu, powinien być dobrze obznajmiony ze wszystkiemi czynnikami, jakie mogą wywołać lub ułatwić powstawanie, a wreszcie podtrzymywać sprawy chorobowe. Jednym z takich czynników jest nienormalnie używany głos i mowa. Szczególnie ważną rolę odgrywa ten czynnik w praktyce dziecięcej. Rozwój i funkcja głosu i mowy jest w ścisłym związku z rozwojem i prawidłowemi czynnościami całego ustroju, a zwłaszcza narządu oddechowego. Niedostateczny rozwój, nieprawidłowe używanie lub nadużywanie głosu i mowy nietylko samo przez się jest zjawiskiem patologicznem, chorobą, którą należy zwalczać, lecz może ono ujemnie wpływać i na funkcję innych narządów. Np. nadmierny krzyk dziecka, lub też śpiew, czy długie mówienie, zwłaszcza w podniesionym tonie, u dorosłych może wywołać, prócz podrażnień krtani i gardła, również zwiększenie ciśnienia w płucach, rozedmę płuc, przekrwienie ich, zastoinę w małym krwiobiegu, i ułatwić przez to infekcje dróg oddechowych lub utrudniać leczenie istniejących chorób. Z tych też powodów należy oszczędzać głos i mowę w przebiegu wszystkich chorób płuc i serca. Wzmagająca się przy krzyku i śpiewie praca tłoczni brzusznej sprzyja powstawaniu przepuklin, wypadaniu odbytnicy i nie pozostaje bez wpływu na przebieg chorób narządów jamy brzusznej. Krzyk, zwłaszcza u dzieci, jest jednym z czynników, powodujących powstawanie zapaleń ucha środkowego. Podczas krzyku powstaje przekrwienie w uchu środkowem. Badając uszy dzieci, widzimy często, że podczas krzyku błona bębenkowa staje się czerwona, czasami się uwypukla, napina. W tych warunkach infekcja łatwo może się dostać do ucha środkowego i tam się rozwinąć.

Przez zwrócenie uwagi rodziców na wady mowy i głosu dziecka i skierowanie chorych do odpowiedniego leczenia lekarz może i powinien dużo pomóc w walce z chorobami mowy i głosu. Prócz tego,

*) Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Wil. Towarzystwa Pedjatrycznego. — 19. III. 1930.

do lekarzy bardzo często rodzice zwracają się o poradę co do głosu i mowy ich dzieci. Często się pytają, co to znaczy, że dziecko tak dużo krzyczy i czy to nie zaszkodzi jego zdrowiu. Niekiedy rodzice są zaniepokojeni tem, że dziecko długo nie zaczyna mówić, lub też zapomniało wiele słów, których przedtem używało. Na te wszystkie pytania lekarz zmuszony jest dać tę, czy inną odpowiedź. Dlatego też niezbędna jest dla niego znajomość fizjologji i patologji mowy i głosu, a przedewszystkiem każdy lekarz powinien znać normalny przebieg rozwoju mowy u dziecka.

Początkiem mowy jest krzyk, jaki dziecko wydaje natychmiast po urodzeniu. Ten krzyk dawniej był uważany za wyraz protestu, niezadowolenia z powodu przyjścia na świat. Inni znowuż byli zdania, że jest to wyraz radości po uwolnieniu się z długiego więzienia. W rzeczywistości jest to zwykły odruch: dziecko wprowadza w ruch mięśnie mowy, tak samo jak kończyny. Dopiero w 3—7 tygodniu życia nerwy skórne stają się o tyle czułe, że dziecko krzykiem zaczyna reagować na ból, ciepło, zimno i t. d., głównie na czynniki przykre, wyrażając krzykiem swe niezadowolenie. W tym okresie matka z krzyku poznaje, że dziecko należy nakarmić lub przewinąć. Krzyk ten jest ostry. Dziecko wciąż używa fonacji twardej (coup de glotte), która szybko przemęcza krtań i powoduje chrypkę. Po pewnym czasie dziecko przyzwyczaja się do otoczenia. Pewne osoby, przedmioty przyciągają uwagę dziecka i ono z lekkim krzykiem, uśmiechnięte wyciąga do nich rączki. Ten krzyk już nie wyraża niezadowolenia. Słysząc go, matka już nie śpieszy zaspokoić głód dziecka, lub je przewinąć. Głos jest bardziej miękki, niż przedtem. Oddech podczas krzyku odpowiada oddechowi podczas mowy u dorosłego. Wydech jest znacznie dłuższy od wdechu. Najpierw dziecko krzyczy „A, UA", a potem przyłączają się pewne spółgłoski i inne samogłoski, tak że dziecko już teraz zaczyna się ćwiczyć w wymawianiu przyszłych dźwięków. Następnie w 6—7 miesiącu dziecko zaczyna gaworzyć, (początek tego okresu u różnych dzieci może być różny). Wymawia ono bez systemu, bez ładu, zupełnie mechanicznie sylaby, łącząc spółgłoski z samogłoskami. Dziecko natyle już wyćwiczyło swe mięśnie mowy, że z przyjemnością w ten sposób wyładowuje swą energję. Jest to jednak tylko — „paplanina". Ucieszeni rodzice wkładają w nią wprawdzie jakiś sens i układają te dźwięki w słowa i całe zdania, lecz dziecko samo świadomie tych dźwięków powtórzyć nie może. Przeważają tu dźwięki I i II grupy artykulacyjnej, powstające między wargami, lub między końcem języka

i przednią częścią podniebienia twardego. Te mięśnie języka i warg zostały najlepiej rozwinięte podczas ssania. Dlatego też tu słyszymy słowa: papa, mama, lala, tata i t. d. Dźwięki III grupy artykulacyjnej, wytwarzające się między podstawą języka, a podniebieniem twardem, powstają znacznie później. Gaworząc, dziecko jeszcze bardziej wprawia się w artykulacji i samo w te dźwięki się wsłuchuje. W ten sposób pomału już się wyrabia i utrwala obraz słuchowy dźwięków i łączy się z uczuciem mięśniowem narządów mowy podczas ich wymawiania. Nauczywszy się dokładniej i bardziej świadomie posługiwać swemi narządami zmysłów, dziecko zaczyna naśladować dźwięki, jak również i ruchy. Obraz słuchowy dźwięków już się skojarzył z uczuciem mięśniowem podczas ich wymawiania i dziecko, słysząc swe własne gaworzenie, zaczyna samo powtarzać wydawane przez się odruchowo dźwięki. Słysząc słowa otoczenia i widząc, jak są one wymawiane, dziecko również je naśladuje. Najłatwiej mu naśladować słowa tych osób, których głos jest mu dobrze znany i mechanicznie, odruchowo budzi wspomnienie ruchów danego słowa. Najlepiej powtarza dziecko dźwięki używane już podczas gaworzenia. W pierwszym okresie naśladowania dziecko powtarza słowa bez zrozumienia ich sensu, ich treści. To zrozumienie stopniowo dopiero zaczyna się wyrabiać i postępuje już znacznie szybciej, niż umiejętność ich wymawiania. Sensoryczny ośrodek mowy rozwija się prędzej niż motoryczny. Dziecko znacznie więcej rozumie, niż może wypowiedzieć. Pomału ono zaczyna już kojarzyć, ale bardzo jeszcze prymitywnie — są to kojarzenia akustyczno-optyczno-motoryczne. Wytwarza się np. kojarzenie między słowem „tik-tak", a obrazem zegara, na które dziecko już stale skierowuje swój wzrok, wymawiając to słowo; dalej się kojarzy np. słowo „niam-niam" z uczuciem głodu. Zacząwszy nieco rozumieć mowę i nauczywszy się wymawiać i powtarzać pewną ilość słów, dziecko przechodzi już do okresu mowy samodzielnej, która z początku jest też bardzo nieskomplikowana. Całe zdania zawierają się w jednym wyrazie, przyczem ten wyraz, zależnie od jego zaakcentowania i od towarzyszących mu gestów może posiadać najrozmaitsze, często wręcz przeciwne znaczenia. Dziecko przez swe słowa wyraża tylko to, co pragnie mieć lub czego nie chce. W tym okresie nazywa ono pewne przedmioty nie dlatego by na nie wskazać, ale, by je mieć, by niemi się bawić lub usunąć je od siebie. Dopiero stopniowo dziecko zaczyna używać słów jako nazw przedmiotów. Ta mowa samodzielna zaczyna się przeciętnie w początku drugiego roku życia i dalej mowa

dziecka rozwija się już nie tak systematycznie, okresowo jak dotychczas. Dalszy postęp rozwoju mowy może być szybszy, lub powolniejszy zależnie od różnych warunków zewnętrznych i wewnętrznych (stan zdrowia, ogólny rozwój dziecka, otoczenie, poziom jego i t. d.). Czasami dziecko przez pewien czas zupełnie nie robi postępów w przyswajaniu sobie mowy, nawet zapomina pewne słowa, które przedtem już używało. Ale przez ten czas ogromnie postępuje zrozumienie mowy i utrwalenie obrazów słuchowych i ruchowych słów słyszanych. Często dziecko po pozornej przerwie w postępach rozwoju mowy wprost zadziwia otoczenie licbzą przyswojonych w ciągu krótkiego czasu wyrazów. Najpierw dziecko używa tylko rzeczowników, potem zaś i czasowników i przymiotników. Czasowniki z początku są używane w trybie bezokolicznym (Infinitivsprache). Np. „Henio pić" oznacza: Henio chce pić, Henio prosi pić, Henio nie chce pić i t. d. Normalnie przed upływem 2-ch lat dziecko już zaczyna mówić. Jeżeli to następuje po 2-gim roku życia, to uważamy rozwój mowy za spóźniony. Prawda, ta mowa jest bardzo nieskomplikowana i jeszcze daleka od doskonałości. Dalszy, wyższy rozwój mowy i udoskonalenie jej trwa aż do czasu szkolnego. Nauczywszy się wymawiać dźwięki, nauczywszy się wyrażać swe najprostsze myśli w zdaniach, dziecko robi to jeszcze niepewnie, z wielu błędami pod względem gramatycznym. Przed zupełnem ukończeniem rozwoju mowy dziecko przechodzi jeszcze okres bełkotania fizjologicznego, kiedy jeszcze nie wszystkie dźwięki i nie we wszystkich połączeniach i kombinacjach może dobrze wymawiać. Jednakże w wieku 5 — 6 lat normalne dziecko powinno już dobrze mówić i wszystkie dźwięki prawidłowo wymawiać. Jeżeli tak nie jest, znaczy to, że dziecko ma wadę mowy, która może się pogorszyć, wywołać inne, cięższe wady mowy i głosu i wymaga przez to specjalnego leczenia.

Jakie wskazówki praktyczne możemy wyciągnąć z tych krótkich wiadomości o rozwoju mowy u dziecka? Czy możemy regulować rozwój mowy i głosu i przez to zapobiegać wadom mowy i głosu, a często też i wielu chorobom dróg oddechowych. Istotnie możemy dużo w tym kierunku zdziałać. Sprawdźmy kolejno wszystkie okresy rozwoju mowy. W pierwszych tygodniach życia, kiedy krzyk dziecka jest odruchem, nie możemy na niego oddziałać. W okresie zaś gdy dziecko reaguje krzykiem na przykre podniety, podrażnienia, nietylko możemy, ale obowiązani jesteśmy usuwać wszystkie przyczyny, wywołujące ten krzyk. Jak już wiemy, krzyk

w tym okresie jest twardy, drażni i przemęcza krtań. Bardzo często widzimy, że zaniedbane, źle pielęgnowane dzieci są zachrypnięte wskutek tego krzyku. Potem, gdy dziecko krzykiem wyraża swe zadowolenie i głos brzmi już normalnie bardziej miękko, nie trzeba zbytnio tłumić tego krzyku, a należy, naturalnie w miarę, go wywoływać, bo dziecko w ten sposób ćwiczy swe mięśnie krtaniowe i narząd oddechowy. Wystarcza często dziecku pokazać jakąś zabawkę, błyszczący przedmiot, by ono natychmiast z krzykiem i uśmiechem wyciągnęło do niego ręce. W okresie gaworzenia również możemy dużo zrobić. Wiemy, że w tym czasie dziecko ćwiczy się w oddechaniu, w artykulacji, wyrabia mechanicznie obraz słuchowy i ruchowy dźwięków. Nie powinniśmy mu w tych ćwiczeniach przeszkadzać, a raczej trzeba je do gaworzenia pobudzać. Parę słów matki do dziecka i zabawa z niem wywołuje często cały potok dźwięków. Z chwilą, gdy dziecko zaczyna naśladować, z początku nieświadomie, a potem świadomie, następuje może najważniejszy okres, w którym możemy mu być pomocni. W tym czasie dziecko naśladuje nie tylko same słowa,ale i mimikę, gesty otoczenia, sam sposób wypowiadania słów. Należy mu teraz podawać tylko prawidłowe wzory mowy. Bardzo szkodliwy jest, a niestety, nader rozpowszechniony, zwyczaj zwracania się starszych do dzieci w pieszczotliwej, nieprawidłowej mowie. Wszystkie osoby wadliwie mówiące, robiące przytem grymasy, zbyteczne gesty, (tiki, drgawki), nie powinny z dzieckiem obcować. W okresie mowy samodzielnej zrozumienie mowy, chęć mówienia u dziecka szybciej się rozwija, niż sprawność mięśni mowy. Dziecko chce mówić, ma dużo do powiedzenia, ale nie znajduje odrazu odpowiednich słów, nie może ich dobrze ułożyć, lub nie może ich szybko i prawidłowo wymówić i zaczyna się zacinać i to może prowadzić do jąkania. Dziecko powinno mówić tylko o znanych mu rzeczach, używając do tego najprostszych zdań. Jeżeli dziecko jest w kłopocie ze znalezieniem słów, należy mu je natychmiast podpowiadać. Nigdy nie można pozwalać dzieciom na fantazje bez sensu. Jeżeli dziecko długo nie zaczyna mówić, lub następuje dłuższe zatrzymanie rozwoju mowy, należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na stan uszu dziecka. Często ropne, lub nieżytowe nawet zapalenie uszu środkowych, przez obniżenie słuchu przyczyniają się do opóźnienia rozwoju mowy, lub do jej zniekształcenia. W ten sposób, śledząc i ułatwiając rozwój mowy u dziecka, przyczynimy się nietylko do zmniejszenia ilości chorób mowy i głosu, lecz również zapobiegniemy wielu organicznym cierpieniom dolnych i górnych dróg oddechowych.

Dr. B. DYLEWSKI (Wilno).

Ce q'un medecin doit savoir du developpement du langage chez l'enfant.

(Conference lue à la séance de Societé de Pédiatrie de Vilno).

Après avoir indiqué les rapports etroits qui existent entre le developpement du langage et de la phonation et celui de tout l'organisme en particulier de l'appareil respiratoire, l'auteur montre les dommages causès à l'organisme par les défauts et l'abus de la parole et de la phonation. Ensuite il décrit les phases successives du developpement de la parole: 1) Le cri, 2) Le babillement, 3) l'imitation inconsciente, 4) l'imitation consciente, 5) le langage independant, 6) le developpement supérieur du langage. L'auteur indique les moyens necessaires pour soigner le langage et la phonation à chacune de ces phases, la conduite à tenir pour que leur developpement soit normal et prevenir des troubles qui sont à l'origine de beaucoup de maladies du langage et de la phonation.

Dr. JADWIGA MURASZKO

St. Asystent Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie i kierownik Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem. N. 6.

Śmiertelność niemowląt w świetle liczb Stacyj Opieki nad Matką i Dzieckiem w Wilnie.

Według referatu, wygłoszonego na posiedzeniu IX i XVI Sekcji XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie, 27. IX. 1929.

Praca niniejsza ma na celu omówienie szeregu danych, dotyczących śmiertelności wśród niemowląt, objętych opieką otwartą w Wilnie, w związku z referatem dr. Kasperowicza, dotyczącym śmiertelności niemowląt m. Wilna[1]).

Nie będziemy poruszali szczegółów rozwoju opieki otwartej w Wilnie, gdyż sprawa ta została w swoim czasie uwzględniona przez dr. S. Bagińskiego[2]). — Przypominamy, że Wilno posiadało w dn.

[1]) Pam. Wil. Tow. Lek. T. VI z. I.

[2]) Opieka nad Dzieckiem t. VI. 1928 r.

1. I. 1929 r. 12 Stacyj Opieki nad Matką i Dzieckiem — z których 7 powstało w latach 1924 — 1926 r., jedna w 1927, dwie w 1928 r.

Dla zobrazowania rozwoju Opieki przytaczamy tablicę ruchu dzieci w Stacjach od r. 1921, zaznaczając, że 3 Stacje, które noszą charakter specjalny, nie zostały uwzględnione.

Tablica I.

R O K	Liczba Stacyj w r. sprawozdawczym	Pozostało z roku ubiegłego	Przyjęto pod opiekę	Było pod opieką	Wypisano
1921	1	269	386	655	341
1922	2	314	1483	1797	918
1923	2	879	1347	2226	1209
1924	2	936	682	1618	981
1925	3	637	1175	1812	790
1926	6	1022	1744	2766	1188
1927	7	1503	1902	3405	1456
1928	9	1949	2068	4017	1737

W d. 1. I. 1929 było pod opieką 9 stacyj 2280 dzieci.

Tablica powyższa ujawnia stały przyrost liczby dzieci, przyjmowanych pod opiekę Stacyj — wyjątek stanowi rok 1924, co się tłumaczy reorganizacją Stacyj, odbywającą się w tym roku.

Nie będziemy przytaczali szczegółowo danych z lat ubiegłych, ograniczając się do omówienia materjału w okresie czasu, objętym w pracy dr. Kasperowicza t. j. w latach 1927, 1928.

Chodzi nam: 1) o ustalenie stosunku pomiędzy liczbą niemowląt objętych opieką, a liczbą urodzonych w tymże roku oraz 2) zestawienie liczb, dotyczących przyczyn zgonów wśród dzieci stacyjnych, z danemi, zebranemi dla Wilna przez dr. Kasperowicza w latach 1927 — 1928. Należy zaznaczyć, że materjał dotyczący Stacyj jest płynny — dzieci pozostają pod opieką normalnie do końca 2-go, ewentualnie 3-go roku, jednak nieraz z powodu rozmaitych przyczyn, Stacja traci je z pod opieki znacznie wcześniej. — Przyjmowane są niemowlęta przeważnie w 1-szym kwartale życia, jednak niektóre Stacje w pierwszym roku po założeniu przyjmują również dzieci w wieku powyżej roku. — Z tego względu, prócz przytoczonego

już wyżej ruchu dzieci w Stacjach, podajemy osobno dane, dotyczące ruchu niemowląt w wieku od O — do 12 miesiąca życia w latach 1927 — 28.

Tablica II.

R O K	Liczba Stacyj	Pozostawało na 1. I.	Przyjęto	Wypisano	Było pod opieką
1927	7	791	1682	631	2473
1928	9	813	1781	418	2594

Znany jest fakt, że odsetka śmiertelności dzieci żydowskich jest mniejsza od innych, gdyż matki żydówki więcej dbają o swe niemowlęta. — Dlatego też uwzględniliśmy ruch niemowląt podług wyznań, mojżeszowe i chrześcijańskie; te ostatnie liczby obejmują i inne wyznania, których jest znikoma ilosć na Stacjach.

Tablica III.

R o k	1927			1928		
	Chrześc.	Wyzn. mojż.	Razem	Chrześc.	Wyzn. mojż.	Razem
Było Stacyj			7			9
Pozostało dzieci z roku ubiegłego	497	294	791	458	356	813
Zapisano w ciągu roku	1170	512	1682	1313	468	1781
Było pod opieką . . .	1667	806	2473	1770	824	2594
Wypisano	515	115	630	356	60	416

O ile porównamy liczbę niemowląt, przyjętych na stacje z liczbą urodzonych w tymże roku, to się przekonamy, że w 1927 r. na 3520 urodzonych w Wilnie w tym roku chrześcijan łącznie z innemi wyznaniami, dostało się pod opiekę Stacyj 1170 dzieci, co stanowi 35 na 100 urodzonych, w 1928 r. na 3096 urodzonych chrześcijan 1313 — czyli 42 na 100 urodzonych.

Stosunki te dla dzieci wyznania mojżeszowego są pomyślniejsze, gdyż w 1927 r. na 899 urodzonych pod opiekę Stacyj dostało się 512, czyli 57 na 100, — 1928 r. 56 na 100. Dane powyższe

świadczą o odczuwaniu przez matki potrzeby korzystania z opieki Stacji; przemawia za tem i liczba porad, udzielanych przez lekarzy w Stacjach oraz odwiedzin domowych.

Liczba porad lekarskich w 1927 r. wynosiła 20640
„ „ „ „ 1928 „ „ 24005
„ odwiedzin domowych 1927 „ „ 11801
„ „ „ 1928 „ „ 14290

jest to maximum, czego można żądać od istniejących Stacyj.

Z pośród dzieci, objętych opieką Stacyj, zmarło:

w 1927 r. 86 z nich w 1-ym roku życia niemowląt 73 — chrześcijan 61 — wyznania mojżeszowego 12;

w 1928 r. 111 — z nich w 1-ym roku życia niemowląt 92 — chrześcijan 80 — wyzn. mojż. 12;

według płci zmarłych niemowląt było: w 1927 r. chłopców 33 — dziewcząt 40;
„ „ „ „ „ w 1928 r. chłopców 44 — dziewcząt 48.

Obliczenie stosunku liczby zmarłych niemowląt w wieku do roku do nowoprzyjętych w tymże wieku i roku daje pojęcie o śmiertelności wśród dzieci stacyjnych.

W r. 1927 z 1170 dzieci chrześcijańskich zmarło 61, co stanowi 5%
„ 1928 z 1313 „ „ „ 80 „ „ 6%

Dla dzieci wyznania mojżeszowego:

W roku 1927 zmarło 12 z 512 co stanowi 2%
„ „ 1928 „ 12 z 467 „ „ 3%

Wśród zmarłych niemowląt było nieślubnych:

w roku 1927 — 11;
w roku 1928 — 12.

Stosunek liczby zmarłych dzieci nieślubnych do ogólnej liczby tych dzieci zapisanych na stacjach wynosił: w r. 1927 — 11 : 56, zaś w r. 1928 — 12 : 77 — świadczy to o znacznej śmiertelności wśród dzieci nieślubnych, przekraczającej kilkakrotnie ogólną śmiertelność wśród dzieci stacyjnych. — Ustalenie stosunków, dotyczących dzieci nieślubnych, na podstawie materjału Stacyj nie jest zresztą miarodajne, gdyż nie posiadamy danych co do liczby ogólnej niemowląt nieślubnych, urodzonych w Wilnie w omawianych latach, — wiadomo zaś nam, że duża część dzieci nieślubnych nie dostaje się pod opiekę Stacyj, gdyż jest umieszczana w Żłobkach.

2) Podział zmarłych niemowląt podług wieku:

R O K	1927		1928	
ZMARŁO DZIECI	Liczba	%	Liczba	%
w wieku: 0 — 3 mies. .	27	37%	25	27%
„ „ 3 — 6 „ .	25	34%	29	31%
„ „ 6 — 12 „ .	21	29%	38	42%

W r. 1927—wśród 27 niemowląt zmarłych, w wieku od 0—3 mies. było:
sztucznie karmionych 10
otrzymywało pokarm mieszany 5
„ „ naturalny 12
W 1928 r. wśród zmarłych 25 niemowl. w wieku 0 — 3 mies. było:
karmionych sztucznie 7
otrzymywało pokarm mieszany 12
„ „ naturalny 6.

Z powyższego zestawienia wynika jasno przewaga ofiar śmierci wśród dzieci karmionych sztucznie, — gdyż obliczenia sposobu karmienia niemowląt, przeprowadzane na Stacjach Opieki, wykazują, że na sztucznym pokarmie w wieku od 0—5 mies. mamy od 3%—7% (maximum). W roku 1928 widzimy zmniejszenie liczby zgonów wśród niemowląt w wieku od 0 — 3 mies., natomiast większą liczbę zmarłych w wieku od 6 — 12 mies. idącą równolegle ze zwiększeniem odsetki śmiertelności w tym roku o 1%. Zapewne przyczyną tego zjawiska była duża liczba zgonów z powodu ostrych chorób zakaźnych oraz schorzeń dróg oddechowych, co ujawnia przytoczona niżej tablica, dotycząca przyczyny zgonów.

Przyczyną zgonu była:

	1927 r.	1928 r.
Ospówka	1	—
Odra	—	2
Krztusiec	—	6
Błonica	—	2
Zapalenie opon mózgowych	3	6
Zapalenie opon mózgowych-gruźlicze . .	—	—
Gruźlica płuc	1	—
Kiła	2	—

	1927 r.		1928 r.	
Enterocolitis	15	36	10	24
Zatrucie pokarmowe	19		12	
Atrophia	2		2	
Choroby serca	—		1	
Zapalenie płuc / „ oskrzelików	18		30	
Wątłość wrodzona	3		8	
Śmierć gwałtowna	—		1	
Inne choroby	6		6	
Nieustalona przyczyna	3		4	
Razem	73		92	

Widzimy, że najczęstszą przyczyną śmierci w 1927 r. były schorzenia przewodu pokarmowego — 36 z ogólnej ilości 73. W roku 1928 zapalenie płuc 30 z ogólnej ilości 92. Następne miejsce co do częstości zajmują ostre choroby zakaźne w 1928 r., co spowodowała epidemja odry i krztuśca w omawianym roku.

Dane te w zupełności odpowiadają przytoczonym przez dr. Kasperowicza. Osobnego natomiast omówienia wymaga ilość zgonów z powodu wątłości wrodzonej, która wśród dzieci stacyjnych notowana była zaledwie w 3 przypadkach na 73 zgony w 1927 r. i w 8-miu na 92 zgony w 1928 r. Liczby, przytoczone przez dr. Kasperowicza a opracowane na podstawie świadectw śmierci, wykazują wątłość wrodzoną jako najczęstszą przyczynę śmierci.

(140 razy na 490 zgonów w r. 1927.
170 „ „ 552 „ w r. 1928).

Rozbieżność powyższą można do pewnego stopnia tłumaczyć tem, że nie wszystkie niemowlęta wątłourodzone dostają się pod opiekę Stacyj, umierając w 1-ym miesiącu życia; prócz tego jednak, należy zadać sobie pytanie, czy nie zaczęsto szafujemy rozpoznaniem wątłości wrodzonej przy wydawaniu świadectw śmierci.

Wiemy też, że nie wszystkie niemowlęta wątłourodzone umierają, co można dowieść na podstawie posiadanych w Stacjach opieki kart indywidualnych dzieci.

Streszczając się, musimy podkreślić, że opieka otwarta w Wilnie rozwija się pomyślnie. Matki korzystają chętnie ze Stacyj, gdyż prawie co trzecie dziecko urodzone, zostaje oddane w 1-ym roku życia pod opiekę Stacji. Śmiertelność wśród niemowląt stacyjnych jest niższa od ogólnej śmiertelności. Należałoby jednak szerzej

rozwinąć opiekę nad ciężarną, by wpłynąć na rozwój dziecka przed jego urodzeniem, a w ten sposób zmniejszyć liczbę wątłourodzonych dzieci.

Wnioski:

Dla całokształtu rozwoju opieki otwartej w Wilnie konieczne jest:

1. Zapewnienie trwałych materjalnych podstaw dla Stacyj,
2. Otwarcie nowych Stacyj Opieki lub rozszerzenie istniejących.
3. Założenie żłobków dziennych,
4. Zorganizowanie ambulatorjum dla chorych dzieci stacyjnych,
5. Uregulowanie kontroli nad mlekiem, dostarczanem niemowlętom,
6. Ujednostajnienie sposobów zbierania i opracowania danych statystycznych.

Dr. J. MURASZKO.
(Asistentin der pädiatrischen Klinik der Uniwersität S. B. zu Wilno, Leiterin der Fürsorgestelle für Mutter u. Kind N. 6).

Die Sterblichkeit der Säuglinge an der Hand der Zahlen der Fürsorgestelle für Mutter u. Kind.

Die allgemeine Zahl der von der F.-S. betrauten Säuglinge betrug im J. 1927—3405, im J. 1928—4017, die Zahl der erteilten Konsultationen im J. 1927—20640, im J. 1928 – 2405, die Zahl der Patronagenbesuche 11801 rsp. 14290. Unter der Aufsicht der F.-S. befanden sich im J. 1927—35%, im J. 1928—42% der Gesamtzahl der Neugeborenen Christen u. 56% rsp. 57% der Neugeborenen mosaischen Glaubens.

Die Sterblichkeit der Säuglinge bis zu 1 Jahre bezogen auf die Zahl der in der F.-S. neu aufgenommenen Säuglinge im selben Alter, betrug 5% rsp. 6% für Christen und 2% rsp. 3% für mosaischen Säuglinge.

Jm Jahre 1927 fiel die grösste Sterblichkeitszahl auf das Alter von 0—3 Mt. (wovon 35% künstlich ernährte), im Jahre 1928 dagegen auf das Alter von 6—12 Mt.

Als Todesursache figurierten an erster Stelle im J. 1927 Erkrankungen der Verdaungsorgane, im J. 1928 — Erkrankungen der Atmungswege und akute Infektionskrankheiten.

Angeborene Schwäche, die als häufigste Todesursache der Säuglinge in der Statistik der Stadt Wilno angegeben wird, wurde bei den von der F.-S. betrauten Säugiingen nur 3 Mal auf 73, im Jahre 1928—8 Mal auf 92 festgestellt.

D-r STANISŁAW RONDOMAŃSKI
kapitan-lekarz.

O wodzie gruntowej terenu Wilna w związku z zaopatrywaniem w wodę garnizonu.

Z zakładu Higjeny Uniwersytetu Wileńskiego.
(Kierownik prof. *K. Karaffa-Korbutt*).

Sprawa zaopatrywania w wodę większych osiedli jest bardzo skomplikowana i stanowi jedno z ważniejszych zadań techniki sanitarnej. Jednak w kierunku racjonalnego zaopatrywania w wodę oddziałów garnizonu wileńskiego robi się bardzo mało. Na przeszkodzie ku temu stoi z jednej strony stały brak kredytów na inwestycje, z drugiej, niestety, niedocenianie tej sprawy przez odpowiednie czynniki.

Właściwością psychiki ludzkiej jest zdolność zapominania, raczej negliżowanie pewnych kwestyj tak długo, aż nastąpi jakaś katastrofa, która w sposób jaskrawy zwróci naszą uwagę na dziedziny zaniedbane.

Mam tu na myśli np., wybuch epidemji tyfusu brzusznego w garnizonie. W szeregu źródeł zakażenia tyfusem brzusznym woda, jak wiadomo, zajmuje miejsce pierwsze. Żołnierz chory na tyfus, albo zdrowy nosiciel zarazków tej choroby, wydalinami swemi zakaża źródła wody. Podkreślić tu muszę fakt, że wartownie przy składach studzien nie posiadają, żołnierze korzystają z wody deszczowej, lub z potoków, bagien i źródeł, że wreszcie niektóre pododdziały nie mają własnych studzien i są zmuszone pobierać wodę z odległości pół klm.

Ileż to w tych warunkach nadarza się okazyj do zakażenia wody, a przez to rozsiania chorób zakaźnych na większą liczbę szeregowych i na ludność cywilną.

W garnizonie wileńskim tylko nieliczne objekty wojskowe korzystają z wody, dostarczanej przez miejską sieć wodociągową; większość posiada studnie artezyjskie lub kopane (mniej więcej w równej liczbie).

Czy woda nadaje się do użytku wewnętrznego, możemy o tem dowiedzieć się tylko z wyników badania chemicznego i biologicznego. Poza tem już na podstawie sanitarnych oględzin źródła i urządzeń, służących do czerpania wody, możemy poniekąd snuć z wielkiem prawdopodobieństwem wnioski co do zdatności wody.

Na terenie Wilna i w okolicy zbiornikami wód powierzchownych są rzeki: Wilja, Waka, Wilenka — jeziora: Zielone, Gulbińskie i Trockie; poza tem istnieje szereg stawów, bagien, potoków i źródeł. Nie można je brać pod uwagę przy zaopatrywaniu w wodę, potrzebne bowiem są tu specjalne kosztowne urządzenia do oczyszczania wody. Pozostaje więc, jako źródło zaopatrywania woda gruntowa czyli woda ze studzien. Skład tej wody pozostaje w ścisłej zależności od charakteru gleby, należy więc pokrótce napomknąć o tych pokładach gleby wileńskiej, z których czerpie się wodę studzienną.

Górna warstwa naszej gleby do 100 mtr. i głębiej jest utworem lodowcowym — dyluwjalnym. Pod tą górną warstwą, leżą warstwy poddyluwjalne, które (jeżeli będziemy się posuwali wgłąb) noszą nazwy: oligocenu, jury, permu i t. d. Warstwa dyluwjalna jest utworzona przeważnie z tak zwanej gliny morenowej. Glina ta układa się w warstwy poprzedzielane najczęściej pokładami piasku i żwiru. Na powierzchni gleby spotykamy torfy, grunta bagienne bogate w humus, piaski naniesione przez rzeki. Należy dodać, że w osiedlach najbardziej powierzchowna warstwa gleby składa się z gruzu, i rozmaitych odpadków ze znaczną domieszką substancyj organicznych, jest więc utworzona sztucznie; w Wilnie sięga ona często grubości paru metrów.

Warstwy gliny nieprzepuszczalnej dla wody, tworzą pokład dla piasków wodonośnych, z których właśnie czerpie się wodę. W Wilnie mamy trzy takie warstwy, ostatnia z nich leży na głębokości około 70—100 mtr.

K. Karaffa-Korbutt (1) dzieli warstwy wodonośne następująco:

1-sza powierzchowna — studnie głębokości od 0,5 do 6 mtr.

2-ga — na głębokości od 7 do 15 mtr.

3-cia — „ „ od 17 do 30 mtr.

4-ta — głębiej niż 30 mtr.

Warunki ekonomiczne Wilna, zresztą tak samo jak całego obszaru północno-wschodniego, spowodowały istnienie przeważającej ilości studzien kopanych. Większa liczba tych studzien posiada wodę z drugiej warstwy wodonośnej; do warstw głębszych—powyżej 30 mtr. studnie kopane nie sięgają, mamy tu studnie wiercone. Głębokość studni nie pozostaje bez wpływu na skład czerpanej w niej wody. Z punktu widzenia higjenicznego głębsze studnie naogół mają pierwszeństwo przed płytkiemi. Dla orjentacji podaję niektóre dane z tymczasowych norm wody do picia, przyjętych przez Minist. Spr. Wewn.

Amonjak lub sole amonowe NH_3 . . . — nie powinno być wcale.
Bezwodnik kw. azotowego N_2O_3 . . . — „ „ „ „
„ „ „ N_2O_5 . . . — 5—15 mgr. w 1 litrze.
Ciała stałe mineralne i organ. po odparowaniu . . . . — 500 mgr. w 1 litrze.
Tlenki wapnia i magn. CaO i MgO . . —160—200 mgr. w 1 litrze.
Chlor, lub sól kuchenna Cl, NaCl . . . — 20— 50 mgr. w 1 litrze.
Żelazo w solach przeliczone na żel. metal. Fe . . . . — 02— 03 mgr. w 1 litrze.
Twardość ogólna w niem. stop. 7
Ciała organiczne (utlenialność) $KMnO_4$. — 8— 12 mgr. w 1 litrze.
Bezwodnik siarkowy SO_3 . . . . — 80—100 mgr. w 1 litrze.

Badania wody ze studzien wileńskich w ciągu 15 lat (analizy A. Wojnicza, J. Kiewlicza, P. Wrześniowskiego) dały następujące wyniki:

Składniki	1-sza warstwa	2-ga warstwa	3-cia warstwa	4-ta warstwa
Chlor	około 250 mgr.	150 mgr.	100 mgr.	6—7 mgr.
Amoniak	do 5 mgr.	niema	niema	niema
Kwas azotowy N_2O_3 .	do 300 mgr.	ślady	niema	niema
Kwas azotowy N_2O_5 .	do 300 mgr.	100	niema	niema
Utlenialność . . .	12 mgr.	4—5 mgr.	0,5	0,2
Twardość	—	około 44,8 stop. niem.	około 28 stop. niem.	12,3 stop. niem.

Moje badania studzien artezyjskich, odpowiadających głębokości 3-ej i 4-ej warstw, są zgodne z badaniami powyższemi. Nie przytaczam tu wyników dokonanych przezemnie badań wody, prowadzę je w dalszym ciągu, mając na celu dokładne ustalenie składu wody w rozmaitych studniach, z których korzysta garnizon oraz wykazanie zmian tego składu w zależności od charakteru studni i pory roku. Ażeby otrzymać tu wyniki zadowalające, należy badania takie przeprowadzić w rozmaitych porach roku i wielokrotnie, co oczywiście jest związane z dużym nakładem czasu i pracy.

W ostatnich czasach zwraca się uwagę na zawartość żelaza w wodzie w związku z następującemi okolicznościami: obecność żelaza w wodzie sprzyja rozrastaniu się bakteryj żelazistych. Dzięki zachodzącemu procesowi biologicznemu (patrz A. Safarewicz 2),

odkładają się złoża wodorotlenku żelazowego, często nawet znacznie uszkodzające urządzenia wodociągowe (zarastanie rur Spitta i Reichle (3). Woda, zawierająca większą ilość żelaza, jest niesmaczna w użyciu (posmak metaliczny), uniemożliwia przyrządzanie herbaty,—na bieliźnie, pranej w takiej wodzie, pozostają plamy. Dla wielu celów technicznych (papiernie, farbiarnie i t. d.) woda zawierająca powyżej 0,1mg Fe na 1 litr nie nadaje się bez odżelezienia.

Większe ilości chloru, amoniaku, kwasu azotawego i azotowego oraz duża utlenialność świadczą o zanieczyszczaniu wody.

Wyniki badań wody ze studzien rozmaitej głębokości wykazują, że ze studzien głębokości 5 — 6 mtr. woda przeważnie nie nadaje się do użytku wewnętrznego. Oprócz zanieczyszczania wydalinami i produktami gnicia, przesiąkającemi do warstwy wodonośnej, woda tych studzien może być zanieczyszczona wskutek wadliwego urządzenia tych studzien (zzewnątrz przez nieszczelną cembrowinę) lub też nieodpowiedniego sposobu czerpania wody. Wodę z warstw, położonych głębiej niż 30 mtr., a oddzielonych od powierzchni grubym pokładem gliny, można uważać za dostatecznie zabezpieczoną od przesiąkania składników zanieczyszczających.

W Wilnie, na skutek falistej konfiguracji terenu posiadamy źródła warstwowe (Wingry, Misjonarskie). Zasila je woda gruntowa z powierzchownych warstw wodonośnych, a przez to skład wody w tych źródłach wykazuje wielką zależność od opadów atmosferycznych. Woda ta naogół łatwo może ulegać zanieczyszczaniu.

Zestawiając powyższe spostrzeżenia osobiste i dane piśmiennictwa dochodzę do wniosków:

1) Należy dążyć do możliwie szybkiego uregulowania sprawy zaopatrywania wszystkich oddziałów garnizonu w dobrą wodę, (szczególnie upośledzone są pod tym względem odległe wartownie i komenda placu).

2) Tam, gdzie to jest możliwe, należałoby zaopatrywać oddziały w wodę z sieci miejskiej.

3) Należy stopniowo likwidować studnie kopane, zastępując je artezyjskiemi.

4) Do czasu należytego zaopatrzenia oddziałów w dobrą wodę należy doprowadzić do porządku istniejące studnie, ściśle przestrzegać skrupulatnego wykonywania przepisów co do ochrony urządzeń studziennych i co do zabezpieczenia studzien od zanieczyszczenia z zewnątrz (mycie menażek przy studni, pojenie koni i t.p.).

Ze względu na powyższe, wybór miejsca i urządzenie nowych

studzien w oddziałach powinny być dokonywane w porozumieniu z Naczelnym Lekarzem Garnizonu, ewent. z wyznaczonym lekarzem.

Piśmiennictwo:

1) K. Karaffa-Korbutt. Przyczynek do hydrologji terenu wileńskiego „Archiwum Higjeny. Tom II. 1927. Wilno. 2) A. Safarewicz i Jan Kiewlicz. W sprawie odżeleziania wody wodociągu m. Wilna. Bibljoteka Oficerskiej Szkoły Sanitarnej 1928. Warszawa. 3) K. Rymaszewski. Sanitarne opisanie m. Wilna. „Archiwum Higjeny". Tom II. 1928. Wilno.

De l'Institut d'Hygiéne de l'Université de Wilno.
Directeur: Prof. Dr. C. *Karaffa-Korbutt.*

Dr. St. RONDOMAŃSKI, médecin militaire.

De l'eau souterraine du territoire de Wilno au point de vue de l'approvisionnement de la garnison.

En se basant sur des analyses de l'eau de puits du territoire de Wilno, faites au cours d'une quinzaine d'années, et sur ses recherches personnelles l'auteur arrive à la conclusion que le problème d'approvisionnement de la garnison en eau potable est loin d'être résolu, car l'eau consommée actuellement est insalubre. L'auteur suggère le projet de remédier à cet état des choses.

Dr. A. WIRSZUBSKI i Dr. L. BARANOWSKI.

Z dziedziny neuropatologji noworodków

(Wygłoszone na posiedzeniu Wil. Oddz. Polsk. Tow. Pedjatr. dn. 2.V 30).

Gdy jeden z nas (A. W.) temu lat 30 rozpoczął praktykę w Wilnie, pedjatrów w naszem mieście prawie nie było. Zjawisko to odzwierciadlało poglądy owych czasów, gdy dziecko traktowane jako „miniaturę" człowieka, a więc odrębność terapji dzieci miała polegać tylko na odpowiednio zmniejszonych dawkach leczniczych. Daleko poszliśmy naprzód od wzmiankowanego okresu, o czem świadczy chociażby liczny zastęp w chwili obecnej zawodowych pedjatrów. Równolegle z tym postępem pedjatrji, w piśmiennictwie lekarskiem zaczęły wyłaniać się, jako samodzielne gałęzie, neuropatologja i psychopatologja wieku dziecięcego. Dość już wymienić kapitalne dzieła

naukowe Homburgera[1]), Peritza[2]) lub obszerny podręcznik Brunsa[3]) ażeby uprzytomnić sobie postęp pedjatrji w kierunku neuropatologji i psychopatologji. Godzi się zaznaczyć, że uniwersytet Berliński posiada osobne katedry tak psychopatologji jak i neuropatologji wieku dziecięcego: pierwszą obsadza Prof. Kramer, drugą Prof. Stier. Nawiasem zaznaczamy, że Prof. Stier polecił jednemu z nas (Dr. W.) odnośnie neuropatologji noworodków zapoznać się z pracami Dollingera i Schwartza[4]). Ponieważ pedjatrja obejmuje różne okresy życia dziecka, poczynając od dnia urodzin, zaczęto wyodrębniać między innemi najwcześniejszy okres życia — okres noworodków, opieka nad któremi jest przedmiotem sporu pomiędzy położnikiem i pedjatrą.

Zwracając uwagę na ukazujące się tu i ówdzie w piśmiennictwie lekarskiem wzmianki, dotyczące neuropatologji noworodków, uznaliśmy za pożyteczne przeprowadzić wspólnie z lekarzem pedjatrą (Dr. L. B.) badania z tej dziedziny, korzystając z materjału, jaki mamy do dyspozycji na oddziale noworodków przy miejskim szpitalu żydowskim.

Ogłaszamy poniżej skromne wyniki naszych badań, zachęceni do tego brakiem podobnych badań w piśmiennictwie polskiem. Nasze wyniki narazie dotyczą, primo, zagadnienia odruchu Babińskiego i, secundo, porażeń w postaci wylewów krwi do opón mózgowych, wcale nie należących do rzadkich przypadków.

Co do odruchu Babińskiego, to A. Reuss w swoim podręczniku[5]) poświęca temu zagadnieniu jeden wiersz, stwierdzając obecność tego odruchu niemal u wszystkich noworodków. Zgadza się z nim nasz rodak Prof. Mińkowski, obecnie profesor neuropatologji w Zurichu. Natomiast Cataneo i Wolpert stwierdzili odruch podeszwowy Babińskiego u osesków tylko w 30%, a Schüller nawet tylko w 17%.

Badania w naszym szpitalu na 100 noworodkach płci obojga wykryły dodatni objaw powyższy w 32 przypadkach, a więc nasze spostrzeżenia zbiegają się z twierdzeniami Cataneo i Wolperta. Zaznaczyć należy szczegóły następujące: odruch Babińskiego u tych

---

[1]) „Vorlesungen über Psychopatologie des Kindesalters".

[2]) „Nervenkrankeiten des Kindesalters".

[3]) „Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindersalter".

[4]) Dollinger—Aetiologie u. Klinik der schweren Formen von Schwachsinnzuständen. Sprfnger 1921.

Ph. Schwartz. Die traumatische Schädigungen des Zentralnervensystems durch die Geburt 31 B. Springer 1927.

[5]) „Die Krankheiten des Neugeborenen" (S. 58).

32 noworodków przejawił się obustronnie 5 razy, a 27 razy na jednej kończynie. Następnie w 7-miu przypadkach odczyn polegał nie tylko na ruchu palucha, lecz również wzięły w nim udział i pozostałe palce, a nawet cała stopa, przyczem łącznie z odwodzeniem reszty palców te ostatnie przyjęły ułożenie wachlarzowate. W 3 przypadkach odruch był błyskawiczny.

Inni badacze również podają, że odruch nie zawsze występuje powoli, jak u dorosłych, natomiast niekiedy błyskawicznie przy najlżejszym dotyku podeszwy.

Należałoby zatem kwestjonować identyczność odruchu Babińskiego u noworodków z patologicznym objawem paluchowym u dorosłych. Zastanawia nas ponadto szczegół następujący. Skoro przyczyna tego odruchu u noworodków, jak przypuszczają niektórzy badacze, polega na niedostatecznym rozwoju torów piramidowych, dlaczego to zjawisko spostrzega się tylko u 30% wszystkich noworodków? Po drugie, dlaczego nie stwierdzamy jednocześnie innych objawów, wskazujących na upośledzony rozwój torów pyramidowych, jak wzmożenie odruchów ścięgnowych, objaw stopowy (clonus) i t. d. Godzi się zaznaczyć, że Godlewski i Mińkowski przypisują objaw Babińskiego u noworodków zmianom w układzie włókien myelinowych, gdyż włókna te są u noworodków bardziej cienkie i mniej wykształcone, niż u dorosłych.

Wreszcie przytoczyć należy swoisty pogląd na tę sprawę Wolperta. Ten ostatni kwalifikuje odruch podeszwowy u noworodków jako „rzekomy odruch Babińskiego", który nabiera cechy ruchów pląsawiczych i atetotycznych, dających się stwierdzić w „athétose double", tembardziej, że we wczesnym okresie wieku niemowlęcego niekiedy przejawiają się ruchy pląsawicze — atetotyczne kończyn i tułowia.

Toteż, według Wolperta, wysunięty na czoło sprawy u noworodków odruch Babińskiego jest jednem z ogniw zespołu objawów, właściwych początkowemu okresowi życia osesków. Ponieważ zaś objawy „athétose double" tłumaczą upośledzeniem czynności corpus striatum (prawdopodobnie na tle postępującego zaniku neuronów jąder ogoniastych), jest podstawa — według Wolperta — do przypuszczenia, że „rzekomy Babiński" noworodków polega na niedorozwoju czynności ciała prążkowanego.

Do zapatrywania Wolperta, wypowiedzianego w roku 1925 na 15 zjeździe neurologów niemieckich, przychylili się Redlich, Förster i A. Jakob.

Tyle w sprawie odruchu Babińskiego u noworodków.

Przejdziemy teraz do porażeń w następstwie wylewów krwi do opón mózgowych u noworodków.

W patologji noworodków cierpienia układu nerwowego mają doniosłe znaczenie. Pomijając cały szereg chorób wrodzonych układu nerwowego (Hydrocephalus, Spina bifida, Encephalocoele, Idiotia i t. d.), spotykamy dość często choroby układu nerwowego, obwodowego albo ośrodkowego, spowodowane przez uraz porodowy. Wśród tych ostatnich najważniejsze są wylewy krwawe do mózgu, względnie do opon mózgowych, gdyż mogą one spowodować bardzo ciężki stan dziecka, w przyszłości zaś wywołują często przykre następstwa. Pomimo licznych badań anatomo-patologicznych, etjologja tego cierpienia nie została dotychczas wyjaśniona i w tej sprawie zachodzi wielka rozbieżność zdań. Nie będziemy przytaczali tutaj szeregu różnych poglądów i teoryj; dość będzie nadmienić, że oprócz samego urazu, w etjologji wylewów krwawych u noworodków duże znaczenie przypisać należy konstytucji dziecka i łamliwości jego naczyń krwionośnych. Do obowiązków lekarza-pedjatry należy wczesne rozpoznanie tego cierpienia i stworzenie dla chorego noworodka takich warunków, ktore mogłyby powstrzymać dalsze zwiększanie się już istniejącego wylewu krwawego. Mamy na myśli bezwzględny spokój i lód na główkę — jedyne środki lecznicze, jakie posiadamy w tych wypadkach. Niezawsze, niestety, udaje się postawić to rozpoznanie już w ciągu pierwszej doby, i nieraz dopiero drgawki, powstające w trzeciej dobie życia dziecka, wskazują na wylew krwawy do mózgu. W tych przypadkach, gdzie wczesne rozpoznanie nie było postawione, dziecko zostaje przykładane do piersi, nie zaleca się odpowiednich ostrożności przy przewijaniu i t. d., a okoliczności powyższe ujemnie wpływają na dalszy przebieg cierpienia. Z tego powodu jesteśmy zawsze ostrożni z dziećmi po kleszczach, nie przykładamy ich do piersi do 3-ej doby; jak wiadomo jednak, możliwość wylewów krwi do mózgu zachodzi również u dzieci po normalnym porodzie, kiedy zdawałoby się niema powodów do powstania tego cierpienia.

Na czem opieramy wczesne rozpoznanie wewnątrzczaszkowego wylewu krwawego? Dla ilustracji pozwolimy sobie przytoczyć 4 przypadki wylewów krwawych po normalnych porodach, jakie obserwowaliśmy na oddziale noworodków naszego szpitala.

1. **Chł. K.,** waga 3200 gr., urodzony 12.II 1930 r. IV poród, normalny. Po urodzeniu się dziecko nie krzyczało, oddech był powierzchowny, jednak cera

różowa, tony serca czyste, 108 na 1'. Wieczorem tegoż dnia—hypertonia mięśni kończyn dolnych i lekka sztywność karku. Odruchy kolanowe żywe, Babiński — ujemny.

13.II. Dziecko blade, stęka, apatyczne, nie krzyczy, robi wrażenie cierpiącego, często marszczy czoło. Tętno 84. Zalecono spokój, karmienie na oddziale, lód na głowę. Wieczorem wystąpiły drgawki kloniczne mięśni i twarzy i kończyn górnych. Po chloralu drgawki nie zmniejszyły się, wobec czego dokonano nakłócia lędźwiowego z upustem około 3 cm^3 płynu. Po nakłuciu drgawki ustąpiły.

14.II. Dziecko apatyczne, nie krzyczy, połyka, często wymiotuje, traci na wadze; żółtaczka. Drobne drgania mięśni gałek ocznych i twarzy, tętno 96. Znaczna sztywność karku. Dostaje chloral doustnie.

15.II. Żółtaczka bardzo wybitna; dziecko połyka dobrze, lecz często wymiotuje, jest apatyczne. Drgawki ustąpiły, lekka sztywność karku. Tętno 118, odruchy normalne.

16.II. Stan ogólny lepszy, dziecko porusza kończynami i główką, je dobrze, ziewa bardzo często, wymioty rzadsze; żółtaczka trwa.

Od następnego dnia coraz wyraźniej występuje polepszenie stanu ogólnego, żółtaczka zmniejsza się, dziecko zaczyna dobrze ssać. Wypisano do domu zdrowe.

2. **Chł. S.,** waga 2750 gr., urodzony 9.III 1930 r. Poród I, normalny. Dziecko o cechach donoszonego, nie krzyczy, lekka sinica. Serce: 72 uderzeń na minutę tony czyste; oddech powierzchowny. Odruchy normalne.

10.III. Dziecko apatyczne, nie krzyczy, połyka źle, „odlewa", oddecha skrzydłami nosa. Ciepłota normalna, w płucach nic patologicznego nie wykryto. Tętno 90. Wieczorem drgawki mięśni kończyn. 11.III. Exitus.

3. **Dziewcz. D.,** waga 3300 gr., urodz. 12 III. 1930 r. Poród I, długotrwały. Stan dziecka po urodzeniu zupełnie dobry. W ciągu 7 dni dziecko rozwijało się dobrze, było przykładane do piersi, na ósmy dzień odzyskało pierwotną wagę. Raptem 19.III, t. j. na ósmy dzień, dziewczynka stała się apatyczna, zaczęła źle połykać, stwierdzono krzyk cierpiącego dziecka, czasem niepokój. Odruchy normalne. 20.III. Drgawki na kończynach górnych, a po upływie dziesiątej doby — exitus. Wobec niejasnego rozpoznania i drgawek, powstałych na 9-ty dzień i braku przedtem objawów, świadczących o wylewie krwi do mózgu, dokonano sekcji czaszki i stwierdzono wylew krwi pod oponą miękką w okolicy lewej kości ciemieniowej.

4. **Chł. S.,** waga 2950 gr., urodzony 29.III. Poród I, normalny. Dziecko o cechach donoszonego robi wrażenie chorego, mało krzyczy, apatyczne. Serce—80 uderzeń na minutę, tony czyste. 30.III. Dziecko dobrze połyka, odlewa obficie, ma wygląd cierpiącego, marszczy czoło, stęka; odruchy normalne. Zalecono nie przykładać, lecz karmić na oddziale, lód na głowę.

31.III. Lekka sztywność karku, hypertonja mięśni. Drgawki kloniczne mięśni kończyn i twarzy. Tony serca dobre.

1.IV. Stan nieco lepszy, dziecko krzyczy i połyka lepiej, lecz traci nadal na wadze.

2.IV. Apatyczny, robi wrażenie cierpiącego, wybitna żółtaczka. Od 3.IV stopniowe polepszenie się stanu ogólnego. Po trzech dniach wypisany w stanie dobrym.

Wczesne rozpoznanie wylewu krwawego u noworodków opieramy na objawach, świadczących o ciężkim stanie ogólnym po wykluczeniu innych spraw chorobowych, jak zapalenie płuc, zakażenie ogólne i t. p., które mogłyby ten stan spowodować. Główne objawy początkowe są następujące: wybitna bladość, apatja lub niepokój, napady sinicy, częsty oddech, zwolniona akcja serca, cierpiący wyraz twarzy, brak normalnego krzyku, stękanie, hypertonja mięśni, trismus, zmarszczenie czoła i inne. O prawidłowości rozpoznania najczęściej decydują drgawki, powstające w przebiegu trzeciej doby. Drgawki u noworodków mogą występować i na innem tle, np. zdarzają się u dzieci matek, dotkniętych rzucawką (ecclampsia), albo też występują podczas chorób gorączkowych (jak dreszcze u dorosłych) pod wpływem toksyn. Poza tem nawet u zupełnie zdrowych noworodków zdarzają się drobne drgania mięśni, szczególnie gałek ocznych. Znane są one pod nazwą „Stäupchen" i występują, zdaniem Zipperlinga, u 40% noworodków. Ten odsetek wydaje się nam jednak zbyt wygórowanym. Dollinger zaprzecza istnieniu podobnych drgawek u normalnych noworodków i uważa je za objaw wewnątrzczaszkowego wylewu krwi. Przy badaniu noworodków, podejrzanych o wylew krwi do mózgu, odruchy ze ścięgien oraz skórne nie odgrywają większej roli dla rozpoznania choroby.

W warunkach obecnych, kiedy wszystkie większe zakłady położnicze w Polsce mają osobne oddziały dla noworodków z wyszkolonym personelem pielęgniarskim, mamy możność bliższego zapoznania się z fizjologją i patologją zaniedbywanego dotąd noworodka i możemy przyczyniać się do rozwoju nauki o neuropatologji noworodków.

Dr. A. WIRSZUBSKI u. Dr. L. BARANOWSKI (Wilno).

Ueber die Neuropathologie der Neugeborenen.

In der letzten Zeit erscheinen in der mediz. Literatur Mitteilungen über die Neuropathologie der Neugeborenen, was den Autoren den Anlass gab zu diesem Zwecke das Material des Jüdischen Städtischen Krankenhauses auszunutzen. Vorläufig beziehen sich die Untersuchungen auf folgende 2 Fragen: der Babinskireflex und die Gehirnblutungen. Was den Babinskireflex anbetrifft, so hat Dr. Wirschubsky ihn an 32 Fällen unter 100 Neugeborenen als positiv festgestellt. Die Gehirnblutungen haben eine grosse Bedeutung in der

Pathologie der Neugeborenen, wegen der grossen Mortalität und der häufigen Komplikationen, die damit verbunden sind. In der Aethiologie haben nicht nur das Trauma, sondern auch die Konstitution des Kindes grosse Bedeutung. Gehirnblutungen kommen auch nach ganz normalen Geburten vor. Oft ist die Frühdiagnose schwierig, sie ist aber sehr wichtig, um die für das Kind notwendigen Bedingungen zu schaffen. Dr. Baranowski führt 4 Fälle von Gehirnblutungen bei Neugeborenen nach normalen Geburt an. Zwei davon blieben am Leben.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. Kierownik prof. *Dr. J. Szmurło.*

Dr. T. WĄSOWSKI.

Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych a otolaryngologja.

Jedną z większych zdobyczy medycyny doby obecnej jest rozwój nauki o wydzielaniu wewnętrznem—endokrinologji. Dzięki wyświetleniu wielu zjawisk z tej dziedziny wiedzy lekarskiej możemy w danej chwili wytłumaczyć sobie często rozmaite zjawiska z patologji ustroju ludzkiego, jakie dotychczas nie znajdowały należytego wyrozumienia, powiązać je ze sobą przyczynowo, ustalić zależność danych jednostek chorobowych od czynności różnych narządów ustroju, od ich korelacji.

Gruczołami wewnętrznego wydzielania nazywamy narządy o budowie gruczołowej, wytwarzające pewne produkty tak zwane hormony, przechodzące do ustroju drogą krwiobiegu i regulujące najrozmaitsze procesy, związane z jego życiem i rozwojem. Sposób działania hormonów na czynności tych lub innych narządów ustroju ludzkiego bywa różny i w wielu razach nie jesteśmy w stanie dokładnie sobie go uprzytomnić, zwłaszcza, że często w grę wchodzą poza tem i czynniki inne, zależne np. od wpływów konstytucyjnych, wpływów współczynności wegetatywnego systemu nerwowego etc.

Sprawa zależności cierpień ucha, gardła i nosa od zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego zaczyna w chwili obecnej zajmować coraz bardziej umysły. Istnieje już poważna liczba prac, poświęconych badaniom tych spraw. Wskażemy nazwiska tak wybitnych otolaryngologów, jak *Alexander*, *Denker*, *Manasse*, *Nager*. *Brühl*, *Wittmaack*, *Voss* i wielu innych, których prace wyświetliły już

niejedno zagadnienie z tej dziedziny. W r. 1928 ukazała się w druku monografja *Leichera*, omawiająca szczegółowo ten temat. Autor przedstawia nam w niej krytycznie współczesny stan zagadnień endokrinologji w związku z patologją ucha, gardła i nosa, opierając się nietylko na danych z piśmiennictwa, lecz również i na dużem doświadczeniu własnem.

Jeżeli chodzi o ustalenie związku lub zależności pomiędzy schorzeniami ucha i górnego odcinka dróg oddechowych a zaburzeniami w sferze działania gruczołów dokrewnych, to należy zaznaczyć, że danych doświadczalnych, stwierdzających taką zależność jest dotychczas niewiele. Na korzyść istnienia takiego związku przemawia z jednej strony fakt bliskiego sąsiedztwa niektórych gruczołów dokrewnych z narządami, należącemi do dziedziny otolaryngologji, z drugiej — spostrzeżenia kliniczne, pozwalające stwierdzić występowanie tych lub innych jednostek chorobowych wspólnie ze schorzeniami gruczołów dokrewnych. Oczywiście fakt ten nie może być uważany jako bezsprzeczny dowód takiej zależności, gdyż obydwa cierpienia mogą istnieć jednocześnie, nie będąc przyczynowo ze sobą związane. Dlatego też we wnioskach należy być zawsze bardzo ostrożnym, opierać się na licznym materjale zupełnie pewnych spostrzeżeń. Często pomocne tu bywa zastosowanie leczenia odpowiedniemi hormonami i otrzymane wyniki.

Przechodząc do szczegółowej analizy naszego dorobku naukowego w omawianej dziedzinie, zmuszony jestem ująć temat w ramy działów, odpowiednio do działów oto-rhino-laryngologji, t. j. systematycznie omówić wpływ endokrinologji na nasze pojęcia o istocie niektórych chorób ucha, nosa, gardła i krtani.

Ucho. Z cierpień ucha bardzo wiele możemy obecnie uzależnić od dysfunkcji gruczołów dokrewnych. Niektóre z nich mogą być wywołane zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem, do takich zaliczamy zmiany w narządzie słuchu u kretynów, u chorych na obrzęk śluzowy, w akromegalji, w innych zaś zaburzenia w sferze gruczołów dokrewnych wywierają wpływ na przebieg cierpienia ucha, jak to np. możemy często spostrzegać u chorych na cukrzycę, u ciężarnych etc.

Statystyki dowodzą, że około $^{2}/_{3}$ a nawet $^{3}/_{4}$ kretynów wykazują obniżenie słuchu oraz zaburzenia mowy. Obniżenie słuchu może być rozmaitego natężenia, od niedużego osłabienia, do całkowitej głuchoty. Zaburzenia mowy nie wykazują równoległości do zmian słuchu. Według obliczeń *Nagera* zaburzenia słuchowe u kretynów

częściej stwierdzamy u osobników płci żeńskiej, podczas gdy endemicznie występujący kretynizm raczej wybiera osobniki męskie. Badanie tych chorych jest zwykle bardzo trudne, ze względu na ich stan psychiczny. Musimy się tu posługiwać metodami objektywnemi, jak np. odruchem uszno-powiekowym. Z objawów słuchowych spotykamy tu zespół właściwy dla uszkodzenia ucha wewnętrznego: skrócenie przewodnictwa kostnego, lateralizacja dźwięku w stronę lepiej słyszącego ucha, obniżenie górnej granicy słuchu. Narząd przedsionkowy, jak wykazały nowsze badania *Alexandera*, zazwyczaj bywa wybitnie dotknięty sprawą chorobową. Badania anatomo-patologiczne wykazują duże zmiany w uchu środkowem — obrzmienie śluzakowate śluzówki jamy bębenkowej, głównie tkanki podśluzowej (*Moos*), zatrzymanie w rozwoju kostek słuchowych (*Alexander*), zatrzymanie przejścia chrząstki w kość. Co do elementów nerwowych ucha wewnętrznego, to stwierdzano zwykle objawy zwyrodnienia w nerwie i jego zwojach, jak również w narządzie *Cortiego*. Co do patogenezy tego cierpienia, to według badań *Mayera*, *Nagera* polega ona na zahamowaniu rozwoju w ostatnich miesiącach życia płodowego. Zdaniem *Blocha* zależy to od obniżenia czynnośi tarczycy. Leczenie preparatami tarczycy, jodu nie zawsze daje wynik pomyślny.

We wrodzonym obrzęku śluzowym *Kassowitz* spostrzegał dość często zmiany ze strony ucha zewnętrznego. *Siebenmann* ustalił na sekcjach takich osobników, iż zmiany anatomo-patologiczne dotykały głównie ściany błędnika, objawiając się zahamowaniem skostnienia. W niedomodze tarczycy u dorosłych częste są zaburzenia słuchu, niekiedy jednostronne, z silnemi szmerami i zawrotami. Te ostatnie *Scholz* tłumaczy swoistemi zmianami śluzówki ucha środkowego. Pooperacyjny obrzęk śluzowy powoduje również zaburzenia słuchu (*Voss*). Zasługuje na uwagę fakt, że doświadczalnie nie udało się wywołać przez usunięcie tarczycy jakichkolwiek zmian w narządzie słuchowym (*Leicher*, *Denker*). Leczenie przetworami tarczycy daje dobre wyniki.

W akromegalji spostrzegano nadmierny wzrost wyrostka sutkowego. Osobiście opisałem wspólnie z Doc. *Abramowiczem* przypadek macrotiae pochodzenia przysadkowego.

Wielką różnicę zdań wywoływała dotychczas sprawa tak ciężkiego i często spotykanego cierpienia, jakiem jest otosclerosis. Pod otosklerozą rozumiemy zwykle obustronnie występujące schorzenie ogniskowe ściany kostnej błędnika, przebiegające często z procesem zanikowo-degeneracyjnym w aparacie nerwowym i błędniku bło-

niastym. Najczęściej dotyczy to okolicy promontorium, wewnętrznego brzegu okienka owalnego, otoczki ślimaka. *Manasse* tłumaczył to przewlekłym stanem zapalnym (otitis chronica metaplastica), *Wittmaack* przypisuje główną rolę w powstaniu tego cierpienia zastoinie żylnej w otoczce błędnika, wreszcie *Lange*, częściowo również *O. Mayer*, uważają, iż czynniki konstytucyjne usposabiają do otosklerozy. Spostrzeżenia kliniczne wykazują nam, iż na powstanie otosklerozy, na jej przebieg bezwątpienia wpływają zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych. Otoskleroza jest do pewnego stopnia cierpieniem płci żeńskiej, gdyż kobiety zapadają na nią trzy razy częściej od mężczyzn. Początek cierpienia najczęściej odpowiada okresowi dojrzewania płciowego; miesiączkowanie, ciąża zwykle ujemnie wpływają na przebieg cierpienia. Prócz tego, często spotykamy u osobników z otosklerozą zaburzenia ze strony tarczycy, przysadki, gruczołów płciowych. Poza tem leczenie otosklerozy hormonami niekiedy dawało pomyślne wyniki. Fakty te skierowały poszukiwania co do patogenezy otosklerozy właśnie w tym kierunku. Badania *Leichera* wykazały, iż w 80% przypadków otosklerozy stwierdzić można zmniejszenie zawartości wapnia we krwi, co autor ten tłumaczy zaburzeniami w gruczołach przytarczycznych. *Berberich* ustalił zmniejszenie we krwi cholesteryny. Wreszcie badania *Denkera*, przeprowadzone przy pomocy odczynu Abderhaldena, wiążą powstanie otosklerozy z cierpieniem przysadki mózgowej. W latach ostatnich przeprowadzano próby t. zw. phyto-farmakologicznych badań. Polegają one na tem, że ścięte kwiaty wstawiano do słoików zawierających surowicę krwi ludzkiej w rozcieńczeniu 1 : 4. Okazało się, że kwiaty wstawione do surowicy krwi chorych na otosklerozę ginęły wcześniej, niż te, które za pożywkę miały surowicę krwi zdrowych ludzi. Jasnem jest, że krew chorych na otosklerozę posiada pewne własności jadowite, jakich krew normalna nie ma. Zdaniem *Leichera* badania nad istotą otosklerozy pozwalają na wysunięcie dwóch zasadniczych pytań: 1) jaki stosunek istnieje pomiędzy stwierdzonemi zmianami krwi u otosklerotyków a zmianami ogniskowemi w błędniku, 2) czy i jaki związek można ustalić między otosklerozą a zaburzeniami narządów dokrewnych. Dzięki temu, że podobne zmiany krwi stwierdzano nietylko w otosklerozie, lecz i w innych cierpieniach, powodujących rozpad białka, jak w gruźlicy, raku, — należy sądzić, że związek tych zmian z otosklerozą jest dość luźny. Uważać je można raczej za skutek, niż za przyczynę cierpienia. Co do stosunku otosklerozy do czynności gruczołów dokrew-

nych, to rzeczywiście w wielu przypadkach możemy taki związek jakgdyby ustalić; jednak w tej sprawie ostatnie słowo, naszem zdaniem, nie zostało wypowiedziane. Naogół zwycięża w danej chwili przekonanie, że otoskleroza, jak również niektóre cierpienia z dziedziny wydzielania wewnętrznego (wole, tężyczka, kretynizm etc.) zawdzięczają swe pochodzenie pewnemu stanowi zwyrodnienia (status degenerativus — *Bauer*, *Stein*).

W wieku starszym spotykamy się z cierpieniem narządu słuchowego, objawiającem się powolnem osłabieniem słuchu, niekiedy szmerami podmiotowemi i zawrotami głowy; cierpienie to nosi nazwę głuchoty starczej — presbyacusis. Wiązano je z miażdżycą, jednak badania lat ostatnich, głównie *Berbericha*, wykazały, że chodzi tu przedewszystkiem o cholesterynemję, gdyż autor ten wykrywał stale we krwi chorych zwiększoną ilość cholesteryny. W następstwie cholesterynemji powstają zmiany sklerotyczne naczyń włosowatych oka i ucha; następuje odkładanie się estrów cholesterynowych lipoidów w rogówce, twardówce, oraz błonie bębenkowej (Arcus lipoides myringis — *Berberich*). Cierpienie presbyacusis nie stoi wyłącznie w związku z ogólną miażdżycą naczyń, gdyż często notowano objawy chorobowe, tam gdzie zmian miażdżycowych wcale jeszcze nie było. Zdaniem *Leichera* zachodzi łączność tego cierpienia ze zmianami czynności gruczołów rozrodczych, gdyż często występuje ono w okresie, kiedy zwiększenie się ilości cholesteryny we krwi zjawia się wskutek samoistnego lub pooperacyjnego wypadnięcia czynności gruczołów płciowych.

Nadmierne tworzenie się woszczyny w przewodzie słuchowym zewnętrznym uzależniają obecnie dzięki pracom *Berbericha* również od zaburzeń w sferze wydzielania wewnętrznego. Nawykowe wydzielanie się woszczku spotykamy bardzo często właśnie u osób starszych, często jednocześnie z objawami presbyacusis. U chorych na otosklerozę przewód zewnętrzny zwykle bywa suchy, bez woszczku. *Berberich* powstanie tego zaburzenia tłumaczy cholesterynemją, gdyż zwykle u takich osobników stwierdzał nadmierną ilość cholesteryny we krwi. Jak wiemy, dla otosklerozy typowym jest objaw zmniejszenia cholesteryny w surowicy krwi, a właśnie otosklerotycy, jak już wspomnieliśmy wyżej, prawie nigdy nie cierpią na wydzielanie się woszczyny z ucha. Wychodząc z założenia, że tak starcza głuchota, jak i nawykowe tworzenie się woszczyny zależą od zachwiania równowagi w dziedzinie gruczołów dokrewnych, co powoduje zmianę przemiany materji, *Berberich* radzi stosować w tych cierpie-

niach leczenie preparatami rhodanu, które wpływają na przemianę cholesterynową w kierunku jej zmniejszenia w surowicy krwi.

Omawiając sprawę związku niektórych cierpień ucha ze sprawnością gruczołów dokrewnych, musimy dotknąć również kwestji wpływu zaburzenia tej sprawności na przebieg takich schorzeń ucha, które swe pochodzenie wywodzą całkiem z innych przyczyn. Mam na myśli przedewszystkiem ujemny wpływ ciąży na przebieg ropnego zapalenia ucha. Spostrzeżenia *Alexandera* pozwalają stwierdzić taki wpływ niewątpliwie. *Blohmke*, *Fellner* są zdania, że ostre ropne zapalenie ucha rozwijające się w końcu ciąży może prowadzić niekiedy do ciężkiego zakażenia popołogowego.

Poza tem znane są przypadki, prawda rzadkie, krwawienia zastępczego z ucha podczas miesiączkowania. *Leicher* uważa je za skutek zaburzenia n. naczynioruchowych.

W przebiegu cukrzycy z przyczyny osłabienia odporności ustroju i zmniejszenia bakterjobójczych własności krwi cierpienia ucha zazwyczaj przechodzą burzliwiej, dając częściej powikłania. Czyraczność ucha charakteryzuje się znaczną przewlekłością, dając w następstwie częściej aniżeli u osobników zdrowych nekrozę kości przewodu słuchowego lub jego ropowicę (*Eulenstein*). Doniedawna przypuszczano istnienie specjalnej otitis media diabetica (*Roynaud*), lub otitis media necrotica (*Wolf*), jednak w chwili obecnej uważamy, że przyczyny powstania ropienia ucha u chorych na moczówkę cukrową niczem się nie różnią od przyczyn otitis media u ludzi całkiem zdrowych, różnica zaś przebiegu zależy od osłabienia ustroju diabetykow. Dzięki tej zmianie poglądów, jak również możności podniesienia sił obronnych ustroju diabetyka przez zastosowanie insuliny, dziś rozszerzyły się znacznie wskazania do zabiegu operacyjnego w mastoiditis u tych chorych, gdyż doniedawna zabieg ten uważano za bardzo niebezpieczny i ryzykowny.

Nos. Niektóre zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych bezwątpienia związane są z pewnemi zmianami patologicznemi nosa. Już niekiedy wielkość i forma nosa zewnętrznego mówią nam o tem. W akromegalji spotykamy znaczne zwiększenie nosa, tak jego warstwy skórnej, jak też i małżowin. *Leicher* w jednym przypadku notuje ogromną bulla ethmoidalis, prawie tak wielką, jak wiśnia.

U kretynów spotykamy nos płaski z nozdrzami odwiniętemi i szerokim grzbietem; śluzówka nosa bywa sucha i w stanie silnego zaniku, jak w nieżycie cuchnącym (ozaena). Badania *Ackermanna*, *Imhofera* i innych wykazały, że taką budowę nosa u kretynów na-

leży tłumaczyć budową czaszki, mianowicie, skróceniem podstawy czaszki, które zależy od zahamowania skostnienia w spojeniach chrząstkowych podstawy czaszki, głównie w synchondrosis sphenooccipitalis, co normalnie winno się kończyć do 20 roku życia.

W obrzęku śluzowym widzimy nos szeroki i płaski, fałdy nosowo-wargowe wygładzone; nos, wargi i policzki sinawe, podczas gdy skóra reszty twarzy bywa blado-żółta. Śluzówka nosa, gardła i krtani blada, obrzmiała; częste bóle głowy. We wczesnym obrzęku śluzowym spotykamy, podobnie jak i w endemicznym kretynizmie, również zahamowanie w rozroście kości czaszki, polegające najczęściej na opóźnieniu skostnienia w synchondrosis sphenooccipitalis.

W cukrzycy, jak to już zresztą omawialiśmy wyżej, wszelkie sprawy zapalne w nosie mogą wskutek osłabienia odporności ustroju przybierać postać ciężką, wykazując skłonność do martwicy tkanek i wytwarzania martwiaków. Nie dzieje się tak jednak z reguły w tem cierpieniu, — a nawet na szczęście takie powikłania nie są częste, lecz pamiętać o nich należy.

Związek, jaki istnieje pomiędzy czynnością gruczołów rozrodczych a nosem, wykazują nam niemal codzienne obserwacje. *Mackenzie, Fliess* opisują obrzmienie śluzówki nosa jako zjawisko stałe podczas miesiączkowania. Stopień takiego obrzmienia nie jest jednak podobny w każdym przypadku: podczas gdy w niektórych spotykamy zaledwie mierne zaczerwienienie śluzówki nosa, w innych występują objawy silnego przekrwienia, a nawet skłonność do krwawień nosowych. Dlatego też zwykle unikamy dokonywania zabiegów operacyjnych w nosie lub gardle podczas lub bezpośrednio przed miesiączkowaniem, w obawie możliwości krwawień pooperacyjnych. *Fliess, Bab, Baumgarten* wskazują na możliwość tak zwanych kompensacyjnych krwawień nosowych przy zaburzeniach w miesiączkowaniu. To samo dotyczy okresu przekwitania. Związek między funkcją gruczołów płciowych a układem naczyniowym nosa został również stwierdzony na drodze doświadczalnej. *Hallion*, zastrzykując psom dożylnie wyciąg z jajników, otrzymywał stale zwężenie naczyń śluzówki nosa. O ile spostrzeżenia kliniczne stwierdzają zależność pewnych zmian w nosie od czynności gruczołów płciowych, to również vice versa istnieją przypadki, w których bezwątpienia cierpienie nosa wywołuje lub przyczynia się do wystąpienia zaburzeń w sferze płciowej. *Fliess* pierwszy wskazał na taką zależność; przypuszcza on, że dysmenorrhea, również bóle porodowe w znacznej liczbie przypadków zależą od czynnościowych lub organicznych zmian

w nosie, i mogą być usuwane lub zmniejszone kokainowaniem lub przypalaniem tak zwanych „punktów płciowych" (Genitalstellen). Do tych punktów zalicza on: małżowiny dolne, tuberculum septi nasi, lewą muszlę środkową. Opisane zjawisko nazywa *Fliess* „nasale Reflex-Neurose", i objaśnia je w sposób zbliżony do teorji Heada, przypuszczając istnienie pewnych nadwrażliwych stref (Zonen), mających związek z nosem. Teorja *Fliessa* wywołała duży spór w piśmiennictwie. Przeprowadzono szereg badań kontrolnych, które z jednej strony potwierdziły spostrzeżenia *Fliessa*, z drugiej jednak dyskwalifikowały jego teorję. Okazało się mianowicie, iż w pewnej części przypadków smarowanie śluzówki nosa zwykłą wodą dawało również pomyślne wyniki, — bóle miesiączkowe odrazu się uspakajały. Powstało pytanie, czy nie zachodzi tu tylko zjawisko suggestji, na które, jak wiemy, pewne jednostki są bardzo wrażliwe. Poza tem stwierdzono, że nie tylko kokaina wpływa tak pomyślnie na bóle miesiączkowe, adrenalina również niekiedy znosi te bóle. Fakt ten upoważnił *Müllera* do twierdzenia, iż w omawianem zjawisku jedynie mechaniczne czynniki odgrywają rolę: — utrudnienie oddychania nosem powoduje zmiany ciśnienia wewnątrzbrzusznego, a przez to zaburzenia w krążeniu w narządach miednicy; kokaina lub adrenalina, rozszerzając światło przewodów nosowych, usuwa te przyczyny. Badania doświadczalne na zwierzętach, przeprowadzone przez *Koblancka* i *Rödera*, nie przemawiają za teorją *Müllera*. Autorzy ci po całkowitem usunięciu małżowin dolnych stwierdzali zahamowanie rozwoju narządów płciowych zwierzęcia. *Biedl* notuje podobne zjawisko po usunięciu płatów węchowych mózgu. Spostrzeżenia *Lindera* na ludziach, *v. Schiffa* i *Kuttnera* na zwierzętach wykazały, że nie tylko drażnieniem śluzówki nosa, lecz również i innych bogato unerwionych części ciała, można w pewnych przypadkach wywołać skurcze macicy.

Reasumując to wszystko, musimy przyjść do wniosku, że w chwili obecnej sprawy związku, jaki istnieje pomiędzy zmianami w nosie a zaburzeniami w sferze płciowej, nie można uważać za wyjaśnioną. Wymaga ona jednak dalszych badań.

Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych mogą być przyczyną uporczywych bólów głowy, napadów migreny. Dowodzą tego przypadki występowania bólów głowy podczas miesiączkowania, ciąży, lub w okresie climacterium, jak również pomyślny często wpływ leczenia hormonami. W cierpieniu tem przypisują dużą rolę zaburzeniom w układzie naczynioruchowym. Co do napadów migreny,

to prócz zmian w jajnikach w sensie upośledzenia ich czynności, stwierdzono w tem cierpieniu również zaburzenia ze strony tarczycy, bądź hyperfunkcję, bądź też hypofunkcję (*Hahn, Stein, Laudenheiner*).

Wspomniane wyżej doświadczenia *Biedla*, polegające na usunięciu płatów węchowych mózgu, co powodowało zahamowanie rozwoju narządów płciowych u zwierząt, wskazują wyraźnie na związek pomiędzy narządem węchu a czynnością gruczołów rozrodczych. Obserwacje zwierząt normalnych wykazują stałe wzmożenie pobudliwości węchowej podczas okresu rui; odwrotnie, u zwierząt kastrowanych znajdujemy niedorozwój narządu węchu. U ludzi pewne zaburzenia w sferze gruczołów dokrewnych odbijają się stale na węchu. Znanym jest fakt hyperosmii lub parosmii u ciężarnych, w okresie przekwitania. U kretynów i u osobników z obrzękiem śluzowym spotykamy zwykle silne obniżenie węchu, a niekiedy objawy parosmii. Zjawisko to tłumaczą zmianami ośrodkowemi jak również zgrubieniem i obrzmieniem śluzówki nosa.

W kilku słowach chciałbym dotknąć sprawy związku, jaki upatrują między tak częstem w pewnych miejscowościach a tak ciężkiem cierpieniem, jakim jest ozena, a czynnością gruczołów dokrewnych. Ponieważ dotychczas istnieje szereg teoryj powstania ozeny, co dowodzi, że sprawa ta nie jest wcale jasną, nie można pominąć milczeniem spostrzeżeń i badań w tym kierunku, przedsiębranych przez rosyjskich autorów. *Dajches* spostrzegał, iż u królików, które doświadczalnie zakażano ozeną, cierpienie szybko znikało po dokonaniu kastracji. Fakt ten wspólnie z obserwacjami klinicznemi, stwierdzającemi, że ozena zwykle wygasa lub traci na swej ostrości w okresie climacterium, pozwolił mu na uzależnienie przebiegu tego cierpienia od czynników endokrinologicznych.

Bliskie sąsiedztwo przysadki mózgowej z nosem nie może pozostać bez znaczenia w patologji tak nosa, jak i przysadki. Możemy się spotkać z wpływem mechanicznym guzów przysadki na sąsiadujące części nosa, jak też, co jednak rzadziej się zdarza, z przejściem sprawy chorobowej z zatok klinowych lub sitowych na przysadkę.

Gardło. Podobnie, jak to już wspominaliśmy w rozdziale o uchu i nosie, niektóre cierpienia gardła, lub też pewne objawy ze strony gardła mogą nam wskazywać na związek ich z zaburzeniami w sferze wewnętrznego wydzielania. Objaw np. macroglossiae spotykamy w akromegalji, kretynizmie, obrzęku śluzowatym. W cukrzycy język oraz śluzówka jamy ustnej jest sucha; znane jest zabarwienie brunatne śluzówki gardła w morbus Addisoni (należy zauważyć, że

podobne zabarwienie śluzówki gardła występuje również w innych cierpieniach, powodujących silne wyniszczenie ustroju). Nie bez wpływu pozostaje wydzielanie wewnętrzne na czynności ślinianek. Znane są w piśmiennictwie okresowe obrzmienia przyusznicy u kobiet podczas miesiączkowania (*Habran*, *Peters*); częściej zaburzenia w wydzielaniu śliny spotykamy w ciąży; niekiedy dochodzi do ptyalismus gravidarum—cierpienia ciężkiego, odbijającego się bardzo silnie na całym ustroju kobiety. Istota tego cierpienia dotychczas nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona; zdaniem *Novaka* należy tu brać pod uwagę dwa czynniki: zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu i w przemianie materji. Wzmożoną czynność ślinianek spostrzegał *Kocher* w morbus Basedowi. Wspomnieć wreszcie należy o zespole objawów Mikulicza, polegającym na dwustronnem zajęciu gruczołów ślinowych oraz łzowych. Według *Nagela* zespół ten często występuje u osobników z zaburzeniami czynności wydzielania wewnętrznego.

Nie bez wpływu na gruczoły dokrewne pozostają niektóre cierpienia gardła, zwłaszcza migdałków. Wszelkie zapalenia gardła, w pierwszej linji zaś błonica, zdolne są wywołać w szeregu gruczołów dokrewnych tak zaburzenia czynnościowe, jak i zmiany stałe. Doświadczenia *Tscheboksaroffa* na psach wykazały, że zastrzyknięcie nawet małej dawki toksyny błoniczej powoduje zwiększenie w żyłach nadnerczy adrenaliny. *Abramow* wykazał wpływ toksyny błoniczej na przysadkę mózgową, polegający na powstaniu zmian wstecznych w pars intermedia hypophysis. Wreszcie faktem klinicznie ustalonym jest ujemny wpływ jak ostrych, tak też przewlekłych stanów zapalnych gardła, nosa, oraz jam bocznych na tarczycę.

Sprawa roli migdałków podniebiennych w ustroju była i jest dotychczas tematem aktualnym. W erze rozwoju endokrinologji poddano dotychczasowe poglądy na tę sprawę dokładnej rewizji, oświetlając je z nowego punktu widzenia, i w rezultacie wyprowadzono wniosek, że migdałki są narządami o wydzielaniu wewnętrznem. Przyczyniły się do tego z jednej strony badania histologiczne, wykazujące duże podobieństwo budowy migdałków do budowy grasicy, której obecnie przypisują rolę dokrewną, z drugiej badania chemiczne *Richtera i Fleischmanna*, badania *V. Schmidta i Andersena*, stwierdzające obecność w normalnych migdałkach pewnej substancji o własnościach redukujących, oraz substancji wywołującej leukopenję limfocytową. Potwierdzenie roli dokrewnej migdałków znajdujemy w badaniach *Vossa* i *Griebela*, przeprowadzonych na kijankach, na roślinach, na kurczętach, które niezbicie udowodniły, że migdałki

powstrzymują wzrost i rozwój ustroju zwierzęcego. Byłoby to zgodne ze spostrzeżeniami klinicznemi, które nam stwierdzają, że usunięcie migdałków podniebiennych u dzieci źle odżywionych, słabych wpływa nader pomyślnie na dalszy rozwój ustroju. *Wąsowski* stwierdził, że po wycięciu migdałka gardłowego z powodu jego przerostu, wzrasta we krwi % hemoglobiny, podnosi się liczba ciałek czerwonych krwi. Wobec takiego zwrotu w poglądach na rolę migdałków podniebiennych otwiera się szerokie pole do badań,—przedewszystkiem w kierunku ustalenia związku pomiędzy ich czynnością a czynnością innych gruczołów dokrewnych.

Krtań, tchawica, przełyk. Jeśli chodzi o wpływ zaburzeń w czynności gruczołów dokrewnych na krtań, tchawicę, lub przełyk, to przedewszystkiem musimy brać pod uwagę cierpienia zależne od bliskiego sąsiędztwa tych narządów z tarczycą i grasicą. Wszelkie sprawy nowotworowe, tak dobrotliwe, jak złośliwe, mogą i często odbijają się na prawidłowem funkcjonowaniu krtani oraz tchawicy z jednej strony, przełyku z drugiej. Mogą zachodzić objawy zwężenia tych dróg od bezpośredniego ucisku blisko leżącego guza, jak również nowotwór przechodzić może na te narządy, przerastając je i powodując tą drogą zwężenia ich światła. Badania rentgenologiczne z jednej strony, broncho-oesophagoscopia z drugiej pozwalają nam na postawienie właściwego rozpoznania. Przypadki takich zwężeń nie są rzadkie. W klinice wileńskiej mieliśmy niedawno przypadek podwójnego zwężenia tych dróg wskutek nowotworu złośliwego: jedno zwężenie znaleźliśmy w górnym odcinku tchawicy, wskutek ucisku guza tarczycy, drugie w dolnym odcinku przełyku od koncentrycznie obejmującego guza tej samej natury. Prawdopodobnie sprawa pierwotna rozpoczęła się właśnie dookoła przełyku, objawy zaś ze strony tarczycy zaliczyć należy do przerzutów.

Podobnie i powiększenia zapalne (ostre lub przewlekłe) grasicy mogą mechanicznie zwężać światło tchawicy. Z ostrych spraw wskazać należy na zapalenie tego gruczołu u noworodków podczas np. róży, błonicy, ospy, płonicy. Sprawy przewlekłe notowane były w białaczce, w lymphadenosis aleucaemica (*Virchow, Kaufmann, Dock, Fischer*).

W rozdziale ucha wspominaliśmy już o zaburzeniach mowy u kretynów. Podkreślaliśmy również i brak równoległości między temi zaburzeniami a osłabieniem słuchu. W myxoedema zmiany mowy należą do objawów bardzo charakterystycznych (*Buschan*); chorzy mówią mało, powoli i monotonnie, częste są długie pauzy

pomiędzy zgłoskami. Często głos bywa ochrypnięty. Śpiewać tacy chorzy nie mogą. Zaburzenia mowy u tych chorych zależą od niedostatecznego unerwienia krtani, od osłabienia jej adduktorów, poza tem od obrzmienia i zgrubienia śluzówki tylnej ściany. Leczenie preparatami tarczycy daje czasem dobre wyniki.

Zależność zmian głosu od okresu dojrzewania płciowego nie ulega w danej chwili wątpliwości. Mutacja głosu odpowiada zwykle okresowi rozwoju wtórnych cech płciowych. Wielu autorów notuje zmiany głosu u kobiet podczas miesiączkowania. Zależy to zapewne od pewnego stanu przekrwienia górnych dróg oddechowych w tym okresie, jak również zdaniem *Bartha, Bottermunda*, do pewnego stopnia od stanu nerwowego („nervöse Depression"). W ciąży również występują zaburzenia mowy wskutek częstego obrzmienia śluzówki krtani.

Kastracja nie zawsze wywołuje zmiany głosu. Dokonana przed okresem dojrzewania płciowego, oczywiście wpływa na normalny rozwój głosu, zahamowując rozwijanie się krtani; po 25 roku życia, czyli po zakończeniu okresu dojrzewania zabieg ten nie zmienia normalnego głosu. Dystrophia adiposo-genitalis, wywołując niekiedy wtórnie zanik jąder, może dać zaburzenia głosu, jeśli cierpienie dotknęło osobnika młodego, w okresie jego rozwoju płciowego. Jedną z najczęstszych przyczyn ciężkiego cierpienia wieku dziecięcego - laryngospasmus są zaburzenia w gruczołach przytarczowych, dające zespół objawów tężyczki (tetania). Spotykamy wówczas zmniejszenie zawartości wapnia we krwi, co, jak już wspominaliśmy, *Leicher* wiąże z dysfunkcją gruczołów przytarczowych. Powstaje brak równowagi jonów we krwi, wywołujący nadwrażliwość nerwowo-mięśniową, co powoduje skurcze ze strony krtani, rozmaitego natężenia.

Wyraźny związek istnieje wreszcie między czynnością gruczołów dokrewnych a astmą. Istota tego cierpienia polega, jak wiemy, na nadmiernej wrażliwości układu parasympatycznego przy jednoczesnem osłabieniu sympatycznego. Wpływ gruczołów dokrewnych objawia się tem, że: 1) preparaty nadnerczy, przysadki, tarczycy dają nieraz pomyślne wyniki w tem cierpieniu; to samo zauważono po naświetlaniach nadnerczy roentgenem; 2) miesiączkowanie, ciąża, climacterium mogą poprawiać, lecz również i pogarszać stan chorych. Na przebieg astmy wpływają zaburzenia tarczycy, grasicy.

Reasumując wszystko, cośmy mogli przytoczyć o związku czynności gruczołów dokrewnych z zaburzeniami ucha, nosa, gardła

i krtani, musimy przyznać, że w dobie obecnej sprawa ta jest dopiero w okresie badania. Dokładne, drobiazgowe zbieranie odpowiedniego materjału klinicznego, zestawienie go z wynikami doświadczeń na zwierzętach pozwoli bezwątpienia rozwiązać niejedną kwestję z tej dziedziny. W ten sposób rozszerzą się podwaliny nowej gałęzi wiedzy — endokrinologji. Polscy otolaryngolodzy winni wziąć udział w tej twórczej pracy.

Piśmiennictwo:

1. Abramowicz i Wąsowski (P. Przegl. Otolar. T. III). 2. Alexander. Gehörorgan der Kretinen (A. f. O. Bd. 98). 3. Alexander. Neur. des Ohres. 4. Baker. Neur. d. Ohr. 5. Berberich. Untersuch. über den Blutharnsäurestoffwechsel etc. (A. f. O. Bd. 115). 6. Berberich (Kl. W. 1924). 7. Berberich (Kl. W. 1925). 8. Cypkin (Rus. Otol, 1929). 9. Eulenstein Ueber die Mastoiditis bei Diabetikern (Ztschr. f. H. 1903. Bd. 42). 10. Fliess (Denk. u. Kahl.). 11. Griebel Exper. Untersuch. zur Physiol. der Tonsillen (A. f. O. Bd. 121). 12. Lange (Henke u. Lubarsch-Pat. u. Anat. des Ohres). 13. Leicher (Ztsch. f. H. N. O. 1925). 14. Leicher. Blutkalkveränd. bei Otosklerose. (Ztsch. f. H. N. O. 1922. № 3). 15. Leicher Weitere Mitteil. über das Symptom. der blutkalkverärd. bei Otosklerose. (Ztschr. f. O. 1922. H. 4). 16. Leicher. Innere Sekretion u. Krankh. des Ohres und der ober. Luft und Speisewege. 1928. 17. Manasse. Ueber chron. progr. labyrint. Taubheit. (A. f. O. 1906. Bd. 52). 18. Nager (Denk. u. Kahl.). 19. Voss (Ztsch. f. O. 70). 20. Voss Zur. Physiol. der Tonsillen. (A. f. O. Bd. 121). 21. Wąsowski (P. Przegl. Otol. T. IV). 22. Weiss (M. f. Ohr. 1923).

DR. T. WĄSOWSKI.

L'Endocrinologie et l'Oto-Rhino-Laryngologie.

En se basant sur les données de la litterature l'auteur analyse la question de l'influence de l'endocrinologie sur l'oto-rhino-laryngologie. Il en conclut, que nos connaissances à ce sujet sont très vagues à l'heure actuelle; les recherches dans cette direction peuvent devenir de puissantes ressources pour la science.

WYKAZ ZACHOROWAŃ I ZGONÓW

zgłoszonych w Wydziale Zdrowia Magistratu m. Wilna w miesiącach styczniu, lutym i marcu 1930 roku.

	Chorowało				Zmarło			
	sty-czeń	luty	ma-rzec	Razem	sty-czeń	luty	ma-rzec	Razem
Dur brzuszny	14	26	15	55	1	—	—	1
Dur rzekomy (paratyphus)	—	—	1	1	—	—	—	—
Dur plamisty	2	2	2	6	—	—	—	—
Czerwonka	—	—	2	2	—	—	1	1
Nagminne zapalenie mózgu (śpiączka)	—	1	—	1	—	—	—	—
Zapalenie opon mózgowych nagminne	2	1	2	5	—	—	—	—
Choroba Heine-Medina	2	—	—	2	1	—	—	1
Płonica	29	40	22	91	6	2	10	18
Błonica	38	39	51	128	3	2	7	12
Odra	331	104	45	480	15	14	11	40
Różyczka	—	—	1	1	—	—	—	—
Ospa wietrzna	22	10	5	37	—	—	—	—
Krztusiec	17	22	53	92	—	1	3	4
Grypa	6	2	3	11	3	1	—	4
Gorączka połogowa	—	—	1	1	—	—	—	—
Róża	27	24	11	62	3	1	1	5
Jaglica	2	4	18	24	—	—	—	—
Gruźlica . . . . }	42	51	53	146	26	34	33	93
Zapalenie opon mózgowych gruźlicze }					3	5	2	10
OGÓŁEM . .	532	326	285	1145	61	60	68	198

Podał *Dr. med. M. Minkiewicz.*

Protokóły posiedzeń

Wileńskiego Naukowego Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie naukowe z dn. 9.IV 1930 r.

Przewodniczący prof. *J. Szmurło*, obecnych: członków 14, gości 4.

1. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego posiedzenia prof. Szmurło odczytuje zawiadomienie o mającym się odbyć w Krakowie Zjeździe T-wa Baleologicznego w dniach 12 — 13.IV. r. b.

2. Przyjęto Dr. Żukowską W., Noniewicza Józefa, Natalję Pietrzakową do sekcji Wojewódzkiej T-wa przez aklamację; wybrano na członków T-wa: Dr. Rozwadowskiego Piotra, Dr. Dylewskiego Benedykta, Dr. Bonasewicza Adama — jednogłośnie.

3. Dr. *Dylewski* demonstruje przypadek podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego. Chora, u której dokonano wycięcia wyrośli adenoidalnych, cierpi na mowę nosową.

Prof. *Szmurło* dodaje, że zabieg był przeciwskazany, gdyż przez to przestrzeń nosowo-gardłowa stała się szerszą i warunki wymowy gorsze.

Dr. *Swieżyński* zapytuje, jaki jest plan leczenia. Prof. Szmurło zaznacza, że narazie chora pozostaje bez leczenia. Rokowania co do głosu jest naogół złe.

4. Dr. *Łukowski* przedstawia preparat szparkosza okrężnicy (balantidium coli) otrzymany z kału 14 letniego chłopca. Chory od 3 m. uczuwał bóle brzucha, wymiotów ani biegunki nie było. Dziecko jest chude, blade. Brzuch napięty, stwierdzono w okolicy kątnicy bolesność, i dało się wyczuć wyraźny guz. T-o 37,6^0, leukocytoza 10.000. Stolce początkowo normalne. Po kilku tygodniach leczenia zachowawczego wystąpił stolec krwawy, rzadki, cuchnący. Nacieczenie w okolicy kątnicy zmniejszyło się. Badanie kału wykryło znaczną liczbę balantidium coli. Sprawa ta powoduje nieżyt jelita grubego. Według wywiadu była przed laty czerwonka. Obecnie objawy przypominały zapalenie otrzewnej, co zapewne jest w związku z obecnością w jelitach wymoczków. Leczenie będzie polegało na stosowaniu stovarsolu i wlewań z thymolu.

5. Dr. *Wąsowski* pokazuje ciała obce, wydobyte z przełyku zapomocą haczyka tępego.

6. Dr. *Gelman* wygłosił odczyt p. t. Odczyn Kahna w kile (do druku).

W dyskusji Doc. *Sajarewicz* pyta, z jakim antygenem robił prelegent swe badania. Sprawa antygenu jest najważniejsza, gdyż im czulszy jest antygen, tem lepsze wyniki. Czy są ustalone standartowe antygeny do odczynu Kahna? Prof. *Szmurło* zapytuje, czy odczyn Kahna wykonywany jest w pracowni w określone dni tygodnia.

Dr. *Gelman* w odpowiedzi zaznacza, że antygen wypisuje z Niemiec, miareczkowany w Berlinie przez Dr. Blumenthala. Odczyn Kahna można wykonywać każdego dnia, co praktycznie upraszcza sprawę. Na razie w celu kontroli lepiej go jednak wykonywać razem z odczynem Wassermanna i Meinicke. Każdy lekarz, obeznany z badaniami serologicznemi, może go wykonywać. Najtrudniejszą sprawą jest odczytanie wyników.

(—) Dr. *Wąsowski.*

Posiedzenie naukowe z dn. 30 kwietnia 1930 r.

Przewodniczący prof. *J. Szmurło,* obecnych 12 członków T-wa oraz 8 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Przyjęto jednogłośnie do Sekcji Wojewódzkiej T-wa D-ra M. Papuzińskiego.

3. Dr. *T. Wąsowski* (Klinika Oto-Laryngologiczna U. S. B.) przedstawił chorego po wycięciu krtani z powodu raka z zagojeniem po 4 tygodniach.

Dyskusja: *prof. J. Szmurło* — jakkolwiek chorzy z rakiem krtani zgłaszają się zazwyczaj do kliniki ze sprawą już daleko posuniętą, jednak odsetek śmiertelności po zabiegu operacyjnym jest stosunkowo nieznaczny. Rak krtani, o ile proces chorobowy nie jest zbyt rozpowszechniony, a stan ogólny chorego jest dobry, nadaje się najzupełniej do operacji z wynikiem bardzo dobrym, jak to wykazuje statystyka kliniki.

4. Doc. Dr. *St. Bagiński* wygłosił odczyt: O histochemicznem wykryciu niektórych kationów (p. Pam. Wil. Tow. Lek. T. VI z. 3).

Dyskusja: prof. *K. Opoczyński* — metoda histochemicznego wykrywania kationów posiada wielkie znaczenie dla patologji, kiedy chodzi o stwierdzenie obecności tych, czy innych substancyj w różnych

chorobach, np. w niedokrwistości złośliwej ma się do czynienia z dużą ilością soli żelazowych w tkankach.

Prof. *J. Szmurło* zapytuje: czy nie czyniono prób wykrywania fosforu na drodze badań histochemicznych?

Doc. St. Bagiński opowiada, że sposobów wykrywania fosforu nie zna.

5. Dr. *A. Kapłan* wygłosił — „Kilka uwag co do zapobiegania przedziurawieniu wrzodu peptycznego".

Dyskusja: Dr. *Wł. Jabłonowski* — samo badanie rentgenowskie w drodze mechanicznego ucisku kaszki barytowej na ścieńczałą ściankę żołądka nie może odgrywać poważnej roli w kierunku przedziurawienia żołądka; należy raczej unikać zbyt gwałtownego badania fizykalnego, co może mieć nieraz niepożądane dla chorego następstwa. Dość często występuje przedziurawienie żołądka niezależnie od wpływu zewnętrznych czynników mechanicznych. Dalej mówca wspomina o przypadku wrzodu żołądka, który trwał 12 lat z wielokrotnemi krwotokami wskutek lekceważenia przez chorego djety — przedziurawienie zaś nastąpiło w okresie względnego spokoju i przestrzegania ścisłej djety.

Prof. *J. Szmurło* — odnośnie do przypadku, cytowanego przez prelegenta, gdzie narówni z wrzodem żołądka istniał proces gruźliczy w płucach, jak to wykazała sekcja, pyta czy nie należałoby myśleć w takich razach raczej o rozpadowych ogniskach gruźliczych w żołądku, które mogą wywoływać zaburzenia o charakterze wrzodów peptycznych żołądka.

Prof. *K. Opoczyński* — wrzody żołądka pochodzenia gruźliczego stwierdza się bardzo rzadko.

Dr. *A. Kapłan* zgadza się, że sama kaszka barytowa nie może być przyczyną przedziurawienia żołądka, jednak cały zespół zabiegów, towarzyszących rentgenoskopji, jak głodzenie, palpacja i t. p. mogą przyczynić się do łatwiejszego występowania przedziurawienia. W odniesieniu do pytania, postawionego przez prof. Szmurłę, skłonny byłby uważać, iż w ustroju, wyniszczonym przez gruźlicę, snadniej może powstać guz peptyczny, który ulega przedziurawieniu.

(—) *E. Czarnecki.*

Wileński Oddział Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

W Wileńskim Oddziale P. T. P. odbyły się następujące posiedzenia:

Dnia 25-IV-29 r.

1. Prof. Schilling-Siengalewicz: „Niektóre nowsze poglądy w kryminologji". (Odczyt wydrukowany w czasopiśmie Sądowo-Lekarskiem jako ocena książki Max G. Schlapp. Edward H. Smith: „Nowa kryminologja, rozważanie o wpływie czynników chemicznych na nieprawidłowe zachowanie się". Rok 1928).

W dyskusji zabierają głos: Senator Krzyżanowski, Prof. Wróblewski i Prof. Schilling-Siengalewicz.

2. Prof. Radziwiłłowicz: „Pojęcie poczytalności ze stanowiska psychjatrycznego".

Referent zaznacza, że jakkolwiek pojęcie poczytalności stanowi wyłączną dziedzinę prawa, to jednak psychjatrzy, mając obowiązek formułowania swych orzeczeń w terminach, w jakich niepoczytalność jest ujęta w kodeksie, mają prawo również zabierać głos w tej sprawie. Referent poddaje krytyce metody, stosowane przez prawników przy formułowaniu przepisów o niepoczytalności, omawiając kolejno metodę psychjatryczną, psychologiczną i psychjatryczno-psychologiczną oraz uwydatnia, dlaczego metodę psychjatryczną uważa za najlepszą; poddaje następnie rozbiorowi przepis prawa o niepoczytalności, zawarty w obowiązującej w tej dziedzinie ustawie karnej; podkreśla ze szczególniejszym naciskiem prawo Sądu do umieszczania w zakładzie leczniczym każdego psychicznie chorego, uznanego przez Sąd za niepoczytalnego i bez względu na charakter przestępstwa. (Streszczenie własne).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Wróblewski, Dr. Malinowski, Prof. Radziwiłłowicz.

Dnia 29-V-29 r.

1. Dr. Wirszubski: „W sprawie padaczki samoistnej". (Odczyt wydrukowany w Nowinach Lekarskich r. 1930 Nr 3).

W dyskusji zabiera głos Doc. Falkowski.

2. Doc. Falkowski: „O metodach badania układu roślinnego".

Dnia 28-X-29 r.

1. Dr. Wirszubski: „Swoista psychoza opętania u żydów". (druk. w Warsz. Czas. Lekar. r. 1929 Nr 51).

W dyskusji zabiera głos Prof. Radziwiłłowicz.

Dnia 5-XII-29 r.

1. Dr. Wirszubski: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Prof. Radziwiłłowiczu.

2. Doc. A. Falkowski: „Schizophrenia". (Odczyt wydrukowany w pracach „Ośrodka Neurologicznego" w Wilnie).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Władyczko, Doc. Falkowski, Dr. Wirszubski,

3. Dr. Wirszubski: „Zarys zagadnienia rzekomych guzów mózgowych". (Druk. w Pam. Wil. Tow. Lek. Rok V z. 6).

W dyskusji zabierali głos: Prof. Władyczko, Doc A. Falkowski, Dr. Hurynowiczówna, Dr. Wirszubski.

4. Prof. Władyczko poruszył sprawę stypendjum im. ś. p. Prof. Radziwiłłowicza. Uchwalono fundusz stypendjalny zebrany w Wil. Oddziale P. T. P. przekazać Głównemu Zarządowi P. T. P.

Dnia 19-II-30 r.

1. Dr. Wirszubski: „Przyczynek do historji psychjatrji". (Odczyt przeznaczony do druku w „Roczniku psychjatrycznym").

W dyskusji zabierają głos: Prof. Władyczko, Doc. Falkowski.

2. Abs. Z. Januszkiewicz: „W sprawie przewlekłego morfinizmu".

W dyskusji zabierają głos: Dr. Wirszubski, Prof. Władyczko, Dr. Malinowski, Doc. Falkowski.

3. Doc. Falkowski: „Komórki del Rio Hortega" (pokaz preparatów).

W dyskusji zabierają głos: Prof. Władyczko, Doc. Falkowski.

Sekretarz Dr. *W. Jakubiańcówna.*

Wiadomości bieżące.

Otrzymaliśmy od Związku Uzdrowisk Polskich list treści następującej:

Wielce Szanowni Panowie!

Uważamy za swój obowiązek zwrócić się za pośrednictwem Wielce Sz. Panów do ogółu PP. Lekarzy polskich, by byli łaskawi w jaknajszerszej mierze korzystać z uzdrowisk naszych.

Uzdrowiska zdają sobie w pełni sprawę z wielkiej gotowości i znaczenia życzliwości PP. Lekarzy uzdrowiskom okazywanej, cenią życzliwość tę i pragną by opierała się ona na istotnych staraniach uzdrowisk, w kierunku możliwie wysokiego postawienia ich organizacji podejmowanych.

Celem ułatwienia PP. Lekarzom decyzji co do korzystania z uzdrowisk polskich, pozwalamy sobie w załączeniu przesłać krótkie zestawienie, wskazujące z jakich ulg PP. Lekarze i ich rodziny mogą w poszczególnych uzdrowiskach korzystać.

Mamy żywą nadzieję, że Wielce Sz. Panowie będą łaskawi treść obecnego pisma naszego podać do wiadomości swym Członkom, za co już zgóry szczerze dziękujemy.

Pozostajemy z wyrazami wysokiego poważania

Dyrektor (—) *J. St. Szczerbiński.*

Wiceprezes (—) *Z. Kożuchowski.*

Ulgi dla lekarzy i ich rodzin

stosowane przez poszczególne uzdrowiska polskie.

Zdrojowisko		taksa	zabiegi	kąpiele miner. borow.
Busko	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Ciechocinek	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Czarniecka Góra	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50%	50%	50%
Druskieniki	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Kamienna Góra Gdynia	lekarze	"	80%	80%
	rodzina	"	80%	80%
Goczałkowicze	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50%	50%	50%
Hel	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50%	50%	50%
Horyniec	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	50%
Inowrocław	lekarze	"	"	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Zakł. „pod Piastem" w Inowrocławie	lekarze	—	80%	80%
	rodzina	—	90%	90%

Zdrojowisko		taksa	zabiegi	kąpiele miner. borow.
Iwonicz	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Jastrzębie . . .	lekarze	"	"	"
	rodzina	50%	50%	50%
Kazimierz Dolny . .	lekarze	bezpł.	—	—
	rodzina	"	—	—
Kosów — Zakł.	lekarze	"	bezpłatne badania wstępne oraz	
Dr. Tarnawsk. .	rodzina	"	wizyty w pokoju chorego.	
Krościenko . . .	lekarze	"	—	—
	rodzina	"	—	—
Krzeszowice . . .	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Krynica	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Miłowody . . .	lekarze	"	50%	50%
	rodzina	50%	50%	50%
Morszyn	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	50%
Niemirów . . .	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Nałęczów . . .	lekarze	"	80%	bezpl.
	rodzina	"	80%	80%
Otwock	lekarze	"	—	—
	rodzina	"	—	—
Rabka	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Smukała	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Solec	lekarze	—	"	"
	rodzina	—	od 25% do 50% zniżki	
Szczawnica . . .	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	"
Truskawiec . . .	lekarze	"	"	"
	rodzina	"	50%	50%
Ustroń	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	50%	50%	50%
Wieniec	lekarze	bezpł.	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	50%	50%
Zakopane . . .	lekarze	"	—	—
	rodzina	"	—	—
Żegiestów . . .	lekarze	"	bezpł.	bezpł.
	rodzina	"	"	50% 100%

Zarząd Główny Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce otrzymał od Komitetu Jugosłowiańskiego następujący program III-go Zjazdu Wszechsłowiańskiego Zarządu Lekarzy.

2-go października zrana zebranie w Zagrzebiu. W tym dniu zebrani (uczestnicy) są gośćmi Zagrzebia. W nocy po kolacji odjazd do Suszaku specjalnemi wagonami.

3-go października śniadanie i oglądanie Suszaku, potem wsiadanie na statki „Kumanowo" i „Karadjordźje" (czytaj Karadźjorźje). Przed południem statki idą do Crkvenicy i wysp Krku i Raba. Obiad i kolacja na statku.

4-go października zrana odjazd do Splitu. Cały dzień oglądanie Splitu i okolic. Wieczorem koleżeńskie zebranie w celu poznania się — na tarasie hotelu „Belevue".

5-go października o godzinie 10-ej rano uroczyste otwarcie Zjazdu w teatrze. Po południu obrady w sekcjach.

6-go i 7-go października. Przed i po południu obrady w sekcjach i zamknięcie Zjazdu. Sekcje pracują od godz. 8-ej i pół do 11-ej i pół przed południem i od godz. 15-ej i pół do godz. 19-ej po południu. Od godz. 11-ej i pół do godz. 15-ej wycieczki statkami na sąsiednie wyspy i pobrzeża: Hvar, Solta, Makarska, Trogi i t. d. W czasie wycieczki obiad na statkach.

8-go października. O godz. 2-ej rano odjazd statku ze Splitu do Korczuli i do Dubrownika. Cały dzień oglądanie Dubrownika i okolic: Lokruma (wyspa), Kupari, Cavta i t. d. Wieczorem raut w domu oficerskim.

9-go października. Zrana odjazd: jedna partja (według wyrażonej chęci) automobilami jedzie do Zatoki Katorskiej przez Horceg-Novi, Rizan, Perast i Kator na górę Lovczen i do Cetynje. Nazajutrz podróż tą samą drogą do Dubrownika. Druga partja jedzie statkiem do zatoki Katorskiej, ogląda te miejscowości i jedzie do Petroxic, Budvu i Ulcyni. Powrót nazajutrz **10-go października** do Dubrownika, gdzie zbierają się obie partje. Wieczorem kolacja na statkach, a po kolacji wsiadanie do specjalnych wagonów i odjazd do Mostaru i Sarajewa.

11-go października. Oglądanie Sarajewa i Banje Ilidże (miejscowość kąpielowa). Obiad w Sarajewie, kolacja w Ilidże i tam nocleg.

12-go października. Zrana temi samemi specjalnemi wagonami jedzie się dalej z Sarajewa przez Viszegrad, Użyce, Czaczak i Obrenowac do Belgradu.

Pewna liczba osób, na żądanie, może jechać do Belgradu przez „Vrnjacke Banje" (miejsce kąpielowe).

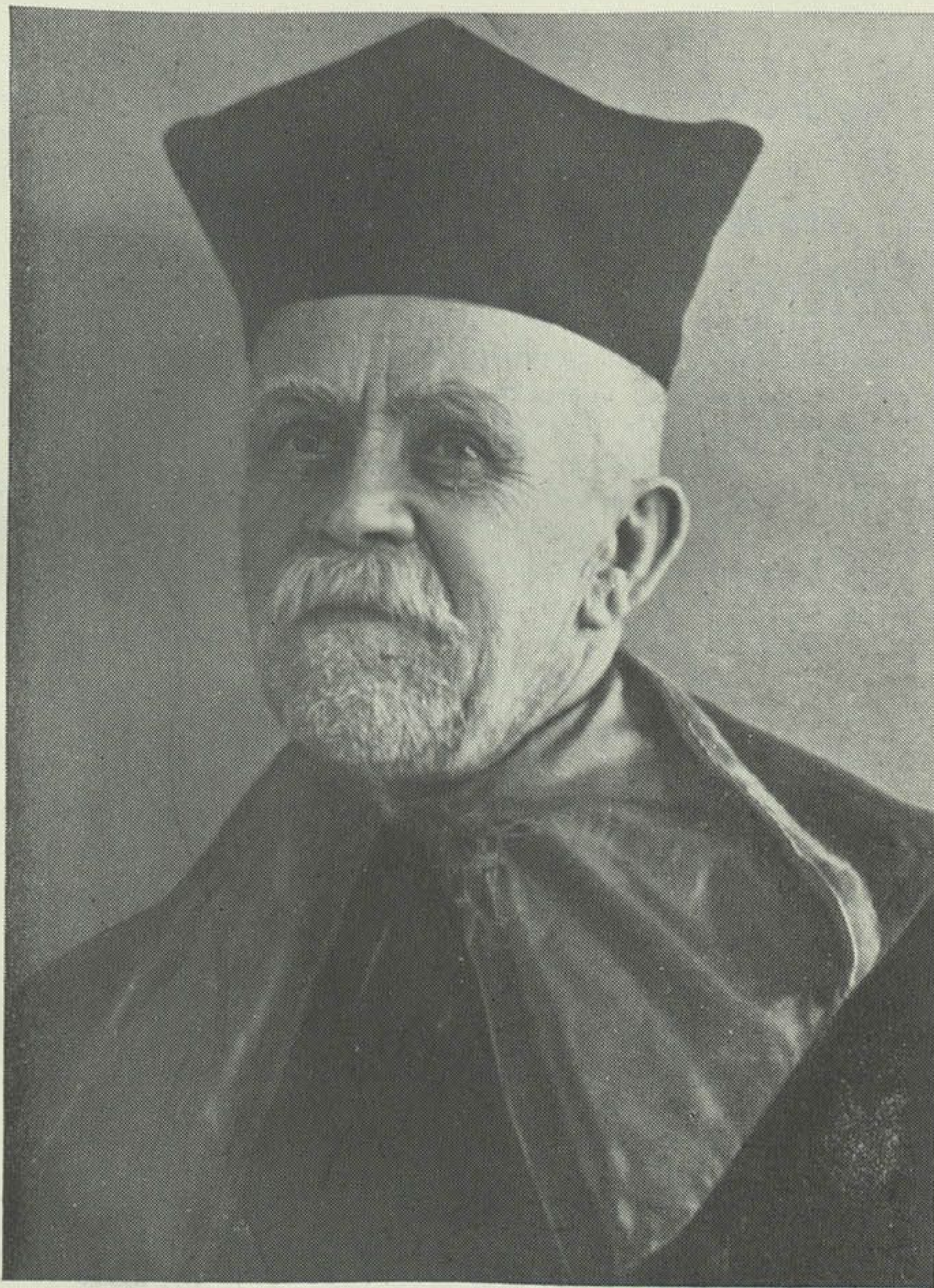
13-go października. Zwiedzanie Belgradu. W Belgradzie uczestnicy są gośćmi kolegów Belgradzkich i gminy.

Według podanego programu koszt wycieczki od 2-go października z Zagrzebia do 15-go października w Belgradzie ma wynosić od 450 do 500 zł. od osoby (koszt przejazdów, życia i noclegów). Do tego dochodzą koszty podróży do Zagrzebia i z Belgradu, paszport i wizy, co napewno wyniesie prawie drugie tyle.

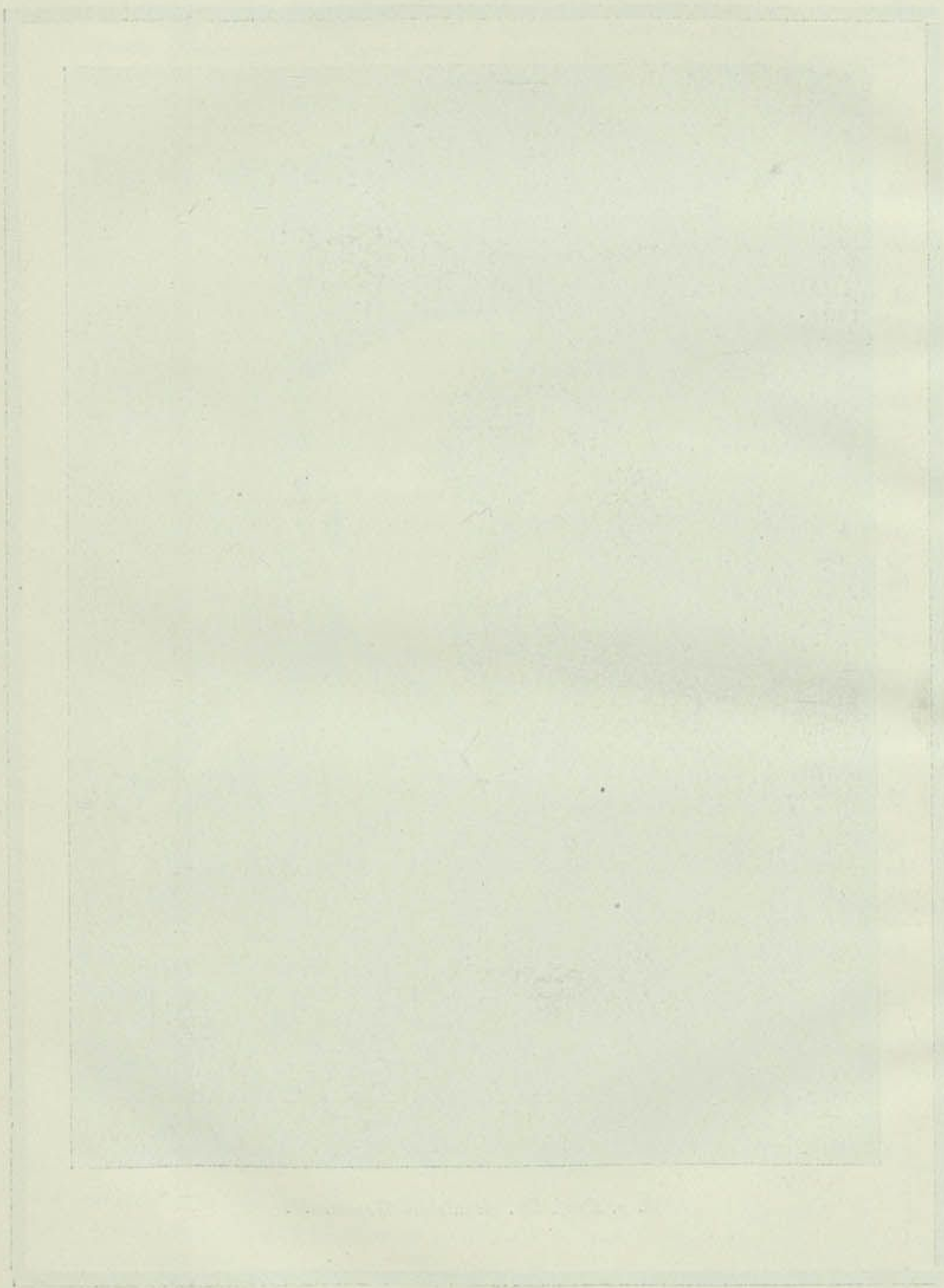
P. S. Wobec znacznych wydatków, związanych ze Zjazdem, prosimy o wpłacenie składek do Zarządu Głównego.

P. S. Uczestnik Zjazdu winien złożyć zł. 3, jako opłatę stemplową dla Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

(—) *Dr. med. B. Jakimiak*
Prezes Zarządu Głównego
Związku Lek. Słow. w Polsce.



Ś. p. Prof. Dr. Stanisław Trzebiński.



Uroczyste posiedzenie Wileńskiego Towarz. Lekarskiego

poświęcone pamięci

ś. p. Prof. Dr. Stanisława Trzebińskiego.

W sali Wileńskiego Tow. Lekarskiego odbyło się w dniu 29.X 1930 r. uroczyste posiedzenie dla uczczenia zasług ś. p. Prof. Dr. Stanisława Trzebińskiego, pierwszego Sekretarza Stałego Towarzystwa i Redaktora Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Przed stołem prezydjalnym umieszczono w otoczeniu kwiatów i światła portret ś. p. Prof. Dr. Stanisława Trzebińskiego w todze Dziekana Wydziału Lekarskiego. Portret ten będzie zawieszony w sali posiedzeń Tow. pod popiersiem Józefa Franka.

Na sali, prócz członków Towarzystwa, zebrali się licznie przedstawiciele Uniwersytetu w osobach: J. M. Rektora Prof. Dr. A. Januszkiewicza, Prorektora ks. Prof. Dr. C. Falkowskiego, Prof. M. Zdziechowskiego, Prof. K. Sławińskiego, Dziekana ks. Prof. I. Swirskiego, Dziekana Prof. F. Ruszczyca, Dziekana Prof. K. Opoczyńskiego, oraz członków wszystkich Wydziałów U. S. B., Prezesa Tow. Przyjaciół Nauk Prof. A. Parczewskiego i wielu innych osób ze świata naukowego, lekarskiego i sfer towarzyskich Wilna.

Posiedzenie zagaił Prezes zarządu Wil. Tow. Lekarskiego prof. Dr. J. Szmurło, oddając głos J. M. Rektorowi A. Januszkiewiczowi, który podał obszerny życiorys zmarłego i scharakteryzował Jego postać, jako uczonego i myśliciela, — następnie prof. Dr. J. Szmurło przedstawił działalność zmarłego jako Sekretarza stałego, prof. Dr. W. Jasiński — jako Redaktora Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego, doc. Dr. A. Safarewicz mówił o pracy ś. p. Prof. Trzebińskiego jako badacza przeszłości Wil. Tow. Lek. i założyciela Koła Miłośników Historji Medycyny, a Rektor Prof. A. Parczewski oddał hołd zasługom Zmarłego za Jego prace na terenie Tow. Przyjaciół Nauk. Zebrani w podniosłym nastroju wysłuchali wszystkich przemówień, oddając hołd pamięci Zmarłego.

Ś p. Prof. Dr. Stanisław Trzebiński.

na podstawie danych biograficznych i własnych wspomnień skreślił

Prof. Dr. A. JANUSZKIEWICZ.

Dr. Stanisław Trzebiński, profesor zwyczajny Historji i Filozofji Medycyny na Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie, zmarł po długiej i ciężkiej chorobie w dniu 25 czerwca 1930 r. i został pochowany na cmentarzu Rossa w Wilnie w dniu 27 czerwca.

Ś. p. prof. Trzebiński przyszedł na świat d. 14/26 września 1861 r. w majątku rodzinnym Popowcach na Podolu ros. z ojca Adolfa i matki Anieli z Podoskich. Nauki pobierał w gimn. Marji Magdaleny w Poznaniu i tam uzyskał świadectwo maturalne w jesieni 1881 r. Następnie poświęcił się naukom lekarskim, odbywając studja w Krakowie, Lipsku, Gietyndze i Heidelbergu, gdzie uzyskał doktorat w 1886 r. Dla otrzymania doktoratu rosyjskiego udał się do Dorpatu i latem 1888 r. stopień ten uzyskał; potem przeniósł się do Warszawy i od początku 1889 r. pracował na oddziale D-ra Teodora Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus, potem na oddziale prof: Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, wreszcie w różnych zakładach w Berlinie. Wiosną 1890 r. przyjął posadę fabrycznego i dominalnego lekarza w Obodówce na Podolu a następnie zajął takąż posadę w majątku i cukrowni Wołoczyska na Wołyniu. W 1906 r. przeniósł się do Kijowa, gdzie pracował w uniwersyteckiej Klinice neurologicznej prof. Łapińskiego i w laboratorjum chemiczno-bakterjologicznem d-ra Modrzewskiego przy Związkowej Lecznicy Polskiej. Obok tego był lekarzem rozmaitych polskich instytucyj społecznych i kulturalno-oświatowych, a więc Tow. Dobroczynności, Kasy Emerytalnej pracowników rolnych i przemysłowych, zaś w okresie rewolucyjnym wykładał psychologję w polskich szkołach średnich. Był członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Kijowie, jego Wiceprezesem i Prezesem, a następnie Sekretarzem Stałym. Zaaresztowany przez bolszewików jako zakładnik w chwili zbliżania się wojsk

polskich do Kijowa, był trzymany w więzieniu w Charkowie w ciągu $3^1/_2$ mies. Powrócił do kraju w sierpniu 1921 r. i zamieszkał w Warszawie, uzyskawszy posadę w Urzędzie Zdrowia. Dnia 17 maja 1922 r. otrzymał nominację na profesora historji i filozofji medycyny na Uniwersytecie Stefana Batorego. Był członkiem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, a od 1924 r. jego Sekretarzem Stałym. Był członkiem zwycz. Tow. Przyjaciół Nauk. i członkiem honorowym Tow. Lekarskich Częstochowskiego i Lwowskiego. Od roku 1926 redagował „Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego".

Oto główne momenty z życia ś. p. Stanisława Trzebińskiego, szereg dat i faktów, które jednak nie wystarczają dla odtworzenia tej nieprzeciętnej postaci.

Ś. P. Trzebiński wyniósł z domu rodziców staranne wychowanie i podstawy doskonałego przygotowania do szkół. W studjach naukowych wielce pomocną Mu była dobra znajomość języków starożytnych i nowożytnych, wrodzone zdolności, znakomita pamięć i wielka pracowitość. Te wartości sprawiły, że łatwo mógł zadość uczynić zainteresowaniom swoim, które wybiegały daleko poza ramy potrzeb praktyczno-zawodowych nauki lekarskiej. Więc obok medycyny poświęcał się również historji, literaturze i filozofji. Pomimo wybitnej erudycji Zmarły odznaczał się niezwykłą skromnością, która w praktyce lekarskiej, przy wysoce rozwiniętem poczuciu wartości zdrowia i życia ludzkiego, robiła Go chwiejnym, nieufnym we własne siły, zawsze pełnym wątpliwości, co zaznaczał mówiąc, że inny lekarz z pewnością potrafiłby dać choremu bardziej skuteczną radę. To też wyraźnem było, że praktyka dla praktyki, dającej sposobność rozwiązywania wielorakich praktyczno-naukowych zagadnień z dziedziny djagnostyki i terapji, jej wątpliwości, zawody i tryumfy, jeżeli nawet pociągały Go swą stroną teoretyczną, to jednak nie zagłuszały poczucia, że tutaj przecie przedewszystkiem w grę wchodzi cenne życie ludzkie i nie zagłuszały świadomości, że nauka i sztuka rozpoznawania i leczenia nie osiągnęły jeszcze stopnia doskonałości. Tembardziej nie pociągały Go widoki zysków materjalnych z pracy zawodowej lekarskiej; był lekarzem filantropem w prawdziwem tego słowa znaczeniu, a mając na Podolu i Wołyniu w swej praktyce ludność przeważnie wiejską i robotników fabrycznych, zbliżał się do nich, okazując szczere zainteresowanie co do całokształtu ich życia i potrzeb kulturalnych.

Ten stosunek do praktyki lekarskiej, a zarazem tęsknota do warunków, któreby pozwoliły na szeroką pracę naukową, spowodo-

wały, że gdy dwaj synowie doszli do wieku szkolnego ś. p. Trzebiński przeniósł się z rodziną do Kijowa w 1906 r.

Tutaj zabrał się odrazu do pracy naukowej w klinice neurologicznej prof. M. Łapińskiego, oddając się jej nietylko praktycznie, ale poświęcając się też badaniom histopatologicznym układu nerwowego. Jednocześnie jako udziałowiec Polskiej Lecznicy Związkowej, podjął się badań dla celów djagnostyki lekarskiej w laboratorjum d-ra Modrzewskiego w tejże lecznicy, co stało się głównem źródłem Jego zarobków, bo praktyki lekarskiej w dalszym ciągu unikał. Zdawało się, że praktyka konsultacyjna, ze względu na odpowiedzialność zbiorową będzie dlań mniej uciążliwą, więc próbowaliśmy korzystać z Jego specjalizacji w neurologji. Jednak w ciągu kilku lat miałem możność wielokrotnie się przekonać, że niechętnie szedł na wezwanie i że często raziło Go honorarjum, zbyt wysokie, jak mówił, w stosunku do jego małowartościowej porady. Toteż ostatecznie wycofał się z płatnej praktyki prawie zupełnie, śpiesząc jednak na pierwsze wezwanie do domów krewnych i dobrych przyjaciół, aby podając bezpłatną pomoc, wskazać zarazem odpowiedniego lekarza. Pomimo to jednak ś. p. Trzebiński pracuje jako lekarz naukowo, bierze żywy udział w posiedzeniach polskiego i rosyjskich Tow. Naukowych lekarskich, dysputuje, miewa często referaty, pisze i wydaje. Obok zainteresowań w zakresie medycyny pociągają Go zagadnienia natury społecznej i narodowej, więc już w 1901 r. po pracy „O chirurgicznem leczeniu obrzęków“ pisze na temat: „Największa nasza wada narodowa“, potem „O naszych zaletach“, dalej w 1903 r. „Co to znaczy kochać pracę dla pracy?“ „Zawód i powołanie“ i t. p. Następnie w okresie kijowskim, wślad za pracą na temat: „Ueber endoneurale Wucherungen“ (1910) pisze „O problemie psychofizycznym“ (1911), „O problemie życiowym“, „O teorji Freuda i psychoanalizie“ (1912), dalej następuje „Beitrag zur Morphologie der Nervenzellen bei der Autolyse des Rückenmarks“ (1912) i t. d. Ostatnio drukowana praca z tego okresu, a 21 z rzędu pod tytułem: „Nieco o marzeniach sennych“ wyszła w 1917 r. w wydawanym w tym czasie w Kijowie Przeglądzie Naukowym. Następuje sześcioletnia przerwa w ogłaszaniu prac, spowodowana wojną, rewolucją rosyjską, a po części tragicznemi wypadkami, jakie dotknęły najbliższą rodzinę ś. p. Trzebińskiego. Starszy syn Zygmunt na początku wojny, bo jeszcze w 1914 r. dostał się do niewoli niemieckiej, co się wyjaśniło dopiero po dłuższym okresie niepewności, czy żyje. Młodszy syn, Władysław, 19 lat, w kilkanaście dni po przyjeździe do

rodziców na święta B. N. z junkierskiej szkoły w Moskwie, został podczas pierwszego najścia bolszewików na Kijów w styczniu 1918 r. wyprowadzony z mieszkania i tuż koło domu zamordowany za to, że był w mundurze wojskowym. W czerwcu 1919 została zamordowana przez bolszewików rodzona ciotka Trzebińskiego, Skibniewska, w swoim majątku na Podolu, zaś matkę Trzebińskiego, która u niej wówczas bawiła, tak pobito, że w kilka tygodni potem zmarła w swym majątku Łąki, dokąd nieprzytomną włościanie odwieźli.

Gdy wojska polskie zbliżały się do Kijowa w 1920 r. bolszewicy między innymi zakładnikami zaaresztowali ś. p. Trzebińskiego. Było to do przewidzenia, gdyż był zbyt znany jako czynny członek polskich towarzystw naukowych, nauczyciel szkół polskich, profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej, która z początkiem przewrotu w Rosji została w Kijowie założona, wreszcie jako członek wielu polskich instytucyj samopomocowych i dobroczynnych i t. d. Przewieziono Go do więzienia w Charkowie, skąd po $3^{1}/_{2}$ mies., powrócił do Kijowa, a w sierpniu 1921 r. wyjechał do Polski i osiadł w Warszawie. Tam się spotkał z żoną i synem, który, po wyjściu z niewoli niemieckiej, służył w wojsku polskiem.

Szukając pracy zarobkowej w Warszawie ś. p. Trzebiński dostał posadę w Urzędzie Zdrowia i w prywatnem laboratorjum lekarskiem, co Mu wystarczało na skromne życie.

Dowiedziawszy się o przybyciu do Warszawy Trzebińskiego, blisko mi znanego z Kijowa, zacząłem czynić starania, aby Go pozyskać dla Wydziału Lekarskiego Uniw. S. B. na katedrę Historji i Filozofji Medycyny. Moje głębokie przeświadczenie, że kandydatura Jego zasługuje na najgorętsze poparcie, rozbijało się o formalną postawę Ministerstwa W. R. i O. P., które w przedłożonych sobie 21 pracach kandydata znalazło tylko jedną z zakresu historji mianowicie: „O chorobie i wyzdrowieniu Tadeusza Kościuszki“ (1913). Ostatecznie Ministerstwo zgodziło się na zamianowanie ś. p. Trzebińskiego w charakterze profesora zwyczajnego Historji i Filozofji Medycyny pod warunkiem, że będzie jednocześnie wykładał Patologję Ogólną, na co Trzebiński przystał.

Nominacja nosi datę 17 maja 1922 r. Przed początkiem roku akademickiego Trzebiński już się przeniósł do Wilna i zamieszkał tu z żoną, w paru pokoikach, w gmachu, gdzie miał organizować zakład Patologji Ogólnej. Wysoce rozwinięte poczucie odpowiedzialności i wrodzone zamiłowanie do pracy sprawiają, że ś. p. Trzebiński zabiera się gorąco, wprost z młodzieńczym zapałem do godnego

wypełnienia wielorakich obowiązków profesora, wykładającego Historję i Filjozofję Medycyny, Propedeutykę i Etykę lekarską, a także Patologję Ogólną. Obok tego nie zaniedbuje obowiązków członka Wydziału Lekarskiego, chętnie bierze udział w rozmaitych komisjach, opracowuje plan reformy studjów lekarskich, tworzy projekty egzaminacyjne dla nowowstępujących i t. d. Wszystko to robi zawsze chętnie, bez cienia przymusu, gotów jest dać jaknajwięcej z siebie, nie żądając nic wzamian. Jego wysoka kultura, ujawniająca się zarówno w stosunkach z kolegami, jak też ze studentami i z personelem służbowym, zjednuje Mu odrazu szacunek i miłość ludzką i ten stosunek do Jego osoby trwa niezmiennie do końca. Zadrażnień, konfliktów, ani na różnorodnych terenach swej działalności, ani w stosunkach towarzyskich ś. p. Trzebiński nie miał. W pogodnej atmosferze spokoju zaczęły płynąć pracowite dni Jego, usuwając coraz dalej w przeszłość wspomnienia o ciężkich przeżyciach rodzinnych i własnych.

Ale los gotował Mu nowe doświadczenia. W lutym 1925 roku stracił żonę (z Komarów) po kilkumiesięcznej, ciężkiej chorobie.

Z najbliższej rodziny pozostał Mu starszy syn, Zygmunt, kapitan w służbie czynnej, żonaty, ojciec dwojga dzieci. W niespełna półtora roku po śmierci żony przypadek zabrał Mu i tego syna, utonął w czasie polowania w lipcu 1926 r.

Trzebiński pozostaje samotny. Nie wyrzeka na los, nie poddaje się rozpacy, nie wpada w zniechęcenie. Bóle i żale zamyka głęboko i nie otwiera swej duszy przed nikim. Z całem opanowaniem, z iście filozoficznym spokojem szuka zapomnienia i ukojenia w pracy, która się staje coraz wydajniejszą.

Mając odpowiednie warunki po temu w bogatych zbiorach Wileńskiego Tow. Lek., Bibljoteki U. S. B., Towarzystwa Przyjaciół Nauk i inn., ś. p. Trzebiński zbiera z rękopisów i niewyzyskanych dotąd pamiętników materjały do swych prac, wydając jedną po drugiej z małemi przerwami. Toteż gdy w ciągu pierwszych trzydziestu lat działalności naukowo-zawodowej ś. p. Trzebińskiego wyszło z pod Jego pióra 21 prac, to w okresie ostatnim, znacznie krótszym, bo ośmiu lat zaledwie, wydał w druku również 21 prac, 13 przyczynków do Historji Medycyny i kilkadziesiąt ocen i sprawozdań, nie licząc nekrologów i artykułów wstępnych w rozmaitych czasopismach. Prace te, należące po części do historji, po części do filozofji medycyny, świadczące o starannem i umiejętnem posługiwaniu się źródłami piśmienniczemi, obejmują szeroki zakres badań historycznych i do-

ciekań filozoficznych. Wykaz tych prac załączam w końcu niniejszego artykułu; czekają one na ocenę specjalistów, ale ze swej strony powinienem jeszcze w ogólnikowej ocenie podnieść ich doskonałą formę, co do układu, jasność w przeprowadzeniu myśli zasadniczej i piękny, jędrny styl i język.

Wzmożona praca naukowa ś. p. Trzebińskiego w zakresie historji i filozofji medycyny, połączona z badaniem Wileńskich materjałów archiwalnych, posłużyła za podstawę do uzyskania w Ministerstwie W. R. i O. P. zgody na zwolnienie Go od 1926 r. z obowiązków profesora Patologji Ogólnej, która Mu ciężyła głównie jako przeszkoda do całkowitego oddania się przedmiotom umiłowanym. Było to również konieczną, choć może niedocenioną przez samego zainteresowanego zmianą na lepsze ze względu na stan Jego zdrowia, który się coraz pogarszał. Już wkrótce po przyjeździe do Wilna, bo w tymże 1922 r. ś. p. Trzebiński dostał napadu dusznicy bolesnej. Po kilku latach napady stały się tak częstemi, że dla zapobiegania im posługiwał się nitrogliceryną niemal bez ograniczeń i doprowadził w ostatnim roku dzienne dawki tego środka do olbrzymich ilości. Objawy czy to bolu stenokardycznego, czy dychawicy sercowej usuwał czemprędzej, jako natrętną przeszkodę w każdej czynności, bo bezczynnego życia nie znosił. Znaczny wysiłek, z jakim było połączone zorganizowanie sekcji Historji i Filozofji Med. na XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie we wrześniu 1929 r., czterodniowe prace Zjazdu, obowiązki gospodarza w stosunku do członków Sekcji i do najbliższych znajomych, których miał u siebie w gościnie, wszystko to ostatecznie wyczerpało Jego serce. Poddając się niechętnie przymusowi lekarskiemu, ś. p. Trzebiński zaczyna spędzać po cztery dni z tygodnia w łóżku, aby przez trzy następne móc wykładać i prowadzić seminarjum, potem i to się przerywa, ale w dalszym ciągu odrabia prace seminaryjne ze studentami, czyta, pisze, zasila Redakcję Polsk. Arch. Historji i Filozofji Med. swemi referatami, koresponduje z profesorami tegoż przedmiotu na innych uniwersytetach, słowem pomimo to, że już nie opuszcza łóżka, nie obniża natężenia swej pracy umysłowej.

Niemal do ostatniej chwili był czynnym i dopiero utrata świadomości, na kilkanaście dni przed zgonem, wytrąciła Mu z ręki książkę i pióro.

Nie wspomniałem jeszcze o tem, że ś. p. Trzebiński piastował godność Dziekana Wydziału Lekarskiego w r. akademickim 1923/24. Po wielu zabiegach ledwie udało się Go skłonić do przyjęcia tego

stanowiska, bo chociaż wszelkie dostojeństwa cenił i poważał u innych, dla siebie ich nie pragnął, zaś pracy dziekańskiej bał się w poczuciu odpowiedzialności. Weszły tu w grę też same czynniki, które spowodowały wycofanie się Jego z praktyki lekarskiej, które powstrzymywały Go również do wystawienia kandydatury na Prezesa Wil. Tow. Lekarskiego i t. p. stanowisk. Po kilku miesiącach kierowania Dziekanatem ś. p. Trzebiński, dręczony wątpliwościami, że rządzi sprawami Wydziału nie tak dobrze, jakby w Jego mniemaniu wielu innych potrafiło, zrzekł się tego stanowiska, pomimo prośb i nalegań kolegów.

Ś. p. Trzebiński, będąc wierzącym katolikiem i dobrym Polakiem, odznaczał się jednocześnie szlachetną tolerencją zarówno w dziedzinie przekonań religijnych, jak też i narodowościowych. Wychowany w ciężkich warunkach rosyjskiego samowładztwa i szkoły niemieckiej, poznał czem jest gwałt, zadawany najświętszym uczuciom ludzkim, toteż szedł zawsze w zgodzie z zasadami bezwzględnej sprawiedliwości. Wyrozumiały na wszelkie ułomności i wady ludzkie, wrażliwy na cudzą biedę, z samozaparciem przyjmujący wszelkie bolesne doświadczenia losu bez skargi, dopiero, gdy mówił o szlachetnych czynach ludzkich, unosił się i miał łzy w oczach.

Oby jego postać jasna trwała jaknajdłużej w naszej pamięci, świecąc swym wzniosłym przykładem!

Wykaz prac ogłoszonych drukiem.

A. Prace oryginalne.

1. Ueber den Einfluss verschiedener Härtungsmethoden auf die Ganglienzellen des Rückenmarks von Hunden und Kaninchen. Virch, Arch. 1886.
2. Ueber circumscripte Bindegewebshyperplasien in den peripheren Nerven (Inauguraldissertation-Dorpat 1888).
3. O zapaleniu skóry i mięśni Gaz. Lek. 1889.
4. Zapalenie nerek krwotoczne — Przegl. Lek. 1898.
5. O ostrem wstępującem porażeniu (Paralysis Landry) Kron. Lek. 1898.
6. O chirurg. leczeniu obrzęków (Księga jubileuszowa T. Dunina 1901). To samo po niemiecku.
7. Największa nasza wada narodowa (Miesięczn. Kurj. Polsk.) (praca odznaczona I. nagrodą na konkursie Kurj. Polsk.).
8. Jeszcze o największej naszej wadzie (ibid) 1902.
9. O naszych zaletach (ibid) 1902.

10. Co to znaczy kochać pracę dla pracy? (Ognisko 1903).
11. Zawód i powołanie (ibid 1903).
12. Jeszcze o zawodzie i powołaniu (ibid 1903).
13. Kilka uwag o pracy w znaczeniu społecznem (ibid 1904).
14. Ueber endoneurale Wucherungen (Virch. Arch. 1910).
15. O problemie psychofizycznym (Now. Lek. 1911).
16. O problemie życiowym (ibid 1911).
17. O teorji Freuda i psychoanalizie (ibid 1912).
18. Beitrag zur Morphologie der Nervenzellen bei der Autolyse des Rückenmarks (Fol Neurobiolog. 1912).
19. O chorobie i wyzdrowieniu Tadeusza Kościuszki (Nowiny Lekar. 1913).
20. Ueber die Veränderungen der Nervenzellen bei Vergiftung mit Phosphor und Ol. Pulegii (Fol Neurobiolog 1915).
21. Nieco o marzeniach sennych (Przegląd Naukowy — Kijów 1917).
22. O zadaniach propedeutyki lekarskiej (Now. Lek. 1923).
23. O nieznanej Biegańskiemu logice medycyny (Pol. Gaz. Lek. 1923).
24. O problemacie wolnej woli (Pamięt. Zjazd. Filozof. polsk. 1923).
25. Medycyna w świetle niektórych pamiętników XVII w. (Arch. Hist. i Filoz. medycyny 1924).
26. Brownizm w świetle Pamiętników Franka (ibid 1924).
27. Racjonalność i racjonalizm w medycynie (ibid 1925).
28. Psychoza i nerwica w beletrystyce (ibid 1925).
29. Przesąd i medycyna (ibid 1926).
30. Myśl lekarska w archiwum Wil. Tow. Lek. (Pam. Wil. Tow. Lek. r. II zesz. I. 1926).
31. Blane, Oesterlen i Biegański — 3 Logiki medycyny (Now. Lek. 1926).
32. Władysław Biegański a zasada celowości w biologji i medycynie (P. G. L.).
33. Myśli o reformie studjów lekarskich — Now. Lek. 1926.
34. Zarys historji Wil. Instytutu Medycznego (Ateneum Wil. 1927).
35. Feliks Rymkiewicz jako profesor propedeutyki lekarskiej (A. H. i F. M. 1927).
36. Obserwacja, eksperyment i statystyka w Logice medyc. Biegańskiego (A. H. i F. M. 1927).

37. Absurdalność w medycynie (A. H. i F. M. 1927).

38. Metoda wynajdywania wskazań lek. Chałubińskiego przed półwiekiem i dzisiaj (A. H. i F. M. 1928).

39. Jędrzej Śniadecki i Lotze (A. H. i F. M. 1928).

40. Zapatrywania Chałubińskiego na procesy życiowe i chorobę (A. H. i F. M. 1929).

41. Tomasza Sydenhama koncepcje epidemjologiczne a Chałubińskiego „Zimnica" (A. H. i F. M. 1930.)

42. O apologji katolicyzmu w historji medycyny i przyrodoznawstwa oraz o dążeniach do wyeliminowania teologicznego światopoglądu z pracy cywilizacyjnej (A. H. i F. M. 1930).

B. Materjały do historji medycyny.

43. Le séjour á Paris du docteur J. Frank (Bull. Soc. Franc. Hist. Méd. 1924).

44. Déliberations de la Section médicale du Congres des savants á Pise 1839 avec préface (A. H. i F. M. 1924).

45. Dwa listy D-ra de Carre w sprawie pamiętników Franka (P. W. T. L. 1925—1—2).

46. Une lettre de Bonaparte au docteur Lausanne (B. S. F. H. M. 1927).

47. Materjały do życiorysu Wincentego Herberskiego (A. H. i F. M. 1927).

48. Nieznany list i artykuł naukowy E. Jennera z notatek prof. W. Herberskiego (P. W. T. L. 1929).

49. Projekt różnych instytucji lekarsko-administracyjnych i naukowych w Warszawie z drugiej połowy XVIII w. (P.W.T.L. 1928).

50. Wiadomości o piśmie p. Heymana Benedykta przez Józefa Korzeniowskiego z archiwum W. T. L. z uwagami (P.W.T.L. 1928).

51. Séjour de Jean-Pierre Frank à Goettingen - z Pam. Franka (P. W. T. L. 1928).

52. Chapitre XXIX — XXX des Memoires de J. Frank (ibid 1928).

53. Jan Piotr Frank a walka ze scherlieve w Dalmacji i Istrji w świetle pamiętników Józefa Franka (Liječnicki Vjestnik br. II. 1928).

54. Mon séjour en Angleterre et Ecosse-extrait des Mémoires de J. Frank (P. W. T. L. 1929).

55. Jan Emanuel Gilibert List do Viteta z 1776 r. (A. H. i F. M. 1930).

Prof. Dr. J. SZMURŁO.

Prof. Stanisław Trzebiński

jako sekretarz stały Wileńskiego T-wa Lekarskiego.

Istnienie i rozwój każdej instytucji społecznej i naukowej zależny jest od tego, czy zdoła ona przyciągnąć do siebie wybitne jednostki, zdolne—pracowite, które zechcą przelać na nią cały zapas będących w ich rozporządzeniu sił fizycznych i duchowych, poświęcenia, energji i rozumu. Praca w takich instytucjach nie daje bogactw, ani zaszczytów, ale wymaga wielkiego oddania i poświęcenia. i te instytucje, które umiały do siebie przyciągnąć takie jednostki, zaprządz je do pracy nad własnym rozwojem, ożywić się ich siłami duchowemi, takie instytucje kwitną i prosperują.

W takich pomyślnych warunkach rozwoju znalazło się Wileńskie T-wo Lekarskie z chwilą wybrania na Sekretarza Stałego ś. p. Prof. Trzebińskiego.

Urząd Sekretarza Stałego w instytucjach naukowych jest najwyższy, lecz zarazem najuciążliwszy. Sekretarz Stały jest żywą tradycją danej instytucji, zna jej potrzeby i braki, jej cele i zadania i w te wszystkie tajniki wtajemnicza przelotnych dygnitarzy danej instytucji jakimi są prezesi towarzystw. Sekretarz Stały strzeże godności T-wa, pamięta o zdobywaniu środków i znaczenia dla niego przez werbowanie nowych członków, przez rozwijanie na terenie T-wa coraz to nowych zagadnień i dziedzin działalności. Tak rozumiał obowiązki Sekretarza Stałego Prof. Trzebiński, kiedy wziął przed 6-ciu laty na swe barki tę godność w naszem T-wie. Do pracy zabrał się z zapałem młodzieńczym i cały czas wolny poświęcał Towarzystwu. Obrał sobie przedewszystkiem te działy, które go najwięcej pociągały. A więc, trzeba było przedewszystkiem wnieść możliwy porządek do pięknej, bogatej w rękopisy, ale zupełnie nieuporządkowanej bibljoteki T-wa. Rozpoczął pracę sam, bez niczyjej pomocy, porządkował, układał, katalogował, wyszukiwał w nich nieraz perły pierwszorzędnej wartości i wynikami swych zdobyczy dzielił się z nami i z całym światem naukowym polskim. Kiedy stwierdził, że pracy tej sam dokonać nie zdoła, począł kołatać do Władz i dzięki staraniom Jego oraz obecnego Rektora Uniwersytetu Prof. Januszkiewicza, wieloletniego prezesa T-wa, został przyznany Towarzystwu poważny roczny zasiłek, który pozwolił na szybsze posuwanie się pracy porządkowania bibljoteki. Zasiłek ten od kilku lat T-wo otrzymuje

stale od Ministerstwa W. R. i O. P. i jeszcze niedawno bo zaledwie przed 3-a miesiącami wpłynęło do kasy T-wa 1500 zł.

Podczas prac swych w Bibljotece T-wa ś. p. Prof. Trzebiński odnalazł pamiętniki Franka, profesora Wileńskiego Uniwersytetu w początkach ubiegłego stulecia. Pamiętniki te, odtwarzające całą ówczesną epokę, głęboko zainteresowały Zmarłego. Przeczytał je starannie, uporządkował i postanowił za wszelką cenę wydać. Ażeby uskutecznić wydanie pamiętników, należało pomyśleć o własnym organie T-wa. I tu się zaczyna propaganda idei o konieczności posiadania przez T-wo własnego organu. Myśl ta znalazła oddźwięk w prezesie ówczesnym T-wa Prof. Opoczyńskim, wśród członków Towarzystwa, profesorów uniwersytetu. Obliczono koszty wydawnictwa, rozpoczęto wówczas starania u Władz o zasiłek, aż wreszcie w końcu 1925 roku sprawa posunęła się tak daleko naprzód, że wkrótce można było rozpocząć druk pierwszego numeru Pamiętnika Wileńskiego T-wa Lekarskiego. Piekną przedmowę do niego, uzasadniającą konieczność takiego organu lekarskiego na terenie Wilna, napisał zmarły, a po roku objął jego naczelną redakcję i niezwłocznie rozpoczął w nim druk pamiętników Franka. Na tem jednak prof. Trzebiński nie poprzestał. Sądząc słusznie, że kilkotomowe pamiętniki wypadnie szereg lat drukować w Pamiętniku, zanim się je do końca doprowadzi, wszedł w celu przyśpieszenia druku w porozumienie z Towarzystwem Historji Medycyny i uzyskał zapewnienie, że pozostałe tomy zostaną wydane przez to T-wo.

Dalszą troskę zmarłego stanowiła sprawa pomieszczenia bibljoteki T-wa. Obecne jej pomieszczenie przedstawiało wiele niewygód, przedewszystkiem zaś niebezpieczeństwo pożaru wskutek sąsiedztwa z prywatnemi mieszkaniami i istnienia jednego tylko do niej wejścia. Myśl, że wielkiej wartości zbiory bibljoteczne mogą ulec w ten sposób zagładzie, nie dawała mu spokoju. To też rozpoczął pertraktacje z dyrektorem bibljoteki Wróblewskiego w sprawie pomieszczenia bibljoteki T-wa w nowym lokalu przy ul. Arsenalskiej po uprzednim uzyskaniu zgody Walnego Zgromadzenia członków T-wa Lekarskiego. Sprawa posunęła się tak daleko, że spisana już została umowa, określająca warunki przeniesienia bibljoteki T-wa, przyczem została zagwarantowana T-wu zupełna autonomja i możność wycofania się w każdej chwili, jeżeli to będzie lepiej odpowiadało celom T-wa. Przeniesienie miało nastąpić na wiosnę roku bieżącego. Niestety, powstrzymanie robót nad wykończeniem gmachu bibljoteki opóźniło tę chwilę na dłuższy, zdaje się, okres czasu.

W ten sposób w ciągu sześcioletniego okresu zmarły nasz Sekretarz Stały potrafił urzeczywistnić następujące zadania: położył poważną podwalinę i posunął daleko naprzód sprawę uporządkowania bibljoteki T-wa, zyskał dla niej bezpieczne i wygodne pomieszczenie, nic nie straciwszy z praw do niej, uporządkował pamiętniki Franka — dzieło pierwszorzędnej wartości dla okresu historji Wileńszczyzny, wydał ich pierwszy tom i zabezpieczył wydanie następnych tomów, wreszcie przyczynił się w głównej mierze do wydawania organu T-wa, Wileńskiego Pamiętnika Lekarskiego, którego prawie do ostatnich chwil życia był naczelnym redaktorem. To były Jego główne prace. Lecz obok nich życie T-wa nastręczało ciągle nowe zagadnienia i nowe tematy. Codzienna praca na terenie T-wa wymagała odbywania licznych narad, dotyczących wydawania Pamiętnika, obchodu jubileuszowego, stypendjów T-wa, układania regulaminów zarządu, komitetu redakcyjnego. A oprócz tego trzeba było stale bywać na posiedzeniach naukowych i administracyjnych, trzeba było robić liczne korekty numerów Pamiętnika, pisać wspomnienia pośmiertne zmarłych członków T-wa, wygłaszać liczne odczyty, nieraz pełne polotu, a jednocześnie bogate w erudycję, pełne uwag filozoficznych i często subtelnego dowcipu, przypominającego de la Rochefoucauld, lub Montaigne'a. Nic, co się tyczyło T-wa, nie było mu obce. Nie opuścił żadnego zebrania zarządu, ani posiedzenia naukowego i dopiero, kiedy nurtująca jego organizm choroba zwaliła go na łoże, z którego nie miał już powstać, przestał pojawiać się na posiedzeniach naukowych. Jednakże losy T-wa nie przestawały go obchodzić nawet i wówczas i nieraz na wyraźne jego żądanie posiedzenia zarządu odbywały się w jego mieszkaniu, nieraz przy jego łożu.

Wielką jest strata jaką poniosło nasze Towarzystwo, wielką jest strata jaką poniósł uniwersytet i kraj cały. Ubył nam człowiek wielkiej wiedzy, nieskazitelnego charakteru, mrówczej pracy, skierowanej ku jednemu celowi: rozwojowi nauki polskiej i kultury narodowej. Towarzystwu specjalnie ubył światły przewodnik, który umiejętnie prowadził je ku coraz piękniejszemu coraz wspanialszemu rozkwitowi. Karta historji T-wa na której świeci imię Trzebińskiego pozostanie zawsze wzorem dla naśladowania dla przyszłych jego następców, wzorem cichej mrówczej pracy, która doprowadziła nasze T-wo do wysokiego stopnia rozwoju i postawiła je w pierwszym szeregu Polskich T-w naukowych lekarskich.

Cześć pamięci pierwszego Sekretarza Stałego naszego T-wa!

Prof. Dr. WACŁAW JASIŃSKI.

Prof. D-r Stanisław Trzebiński

jako redaktor Pamiętnika Wil. Tow. Lek.

W październiku 1925 r. ukazał się pierwszy numer wznowionego Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego.—Redakcji wydawnictwa podjął się Prof. Jan Szmurło. Jednak już od pierwszego numeru naszego Pamiętnika zaznacza się wyraźnie gorące przywiązanie i troska o poziom i znaczenie tego wydawnictwa ze strony Sekretarza Stałego Wil. Tow. Lekarskiego — ś. p. Prof. Dr. Stanisława Trzebińskiego. Zamiast artykułu wstępnego i enucjacji Komitetu Redakcyjnego o wznowieniu Pamiętnika Prof. St. Trzebiński pod skromnym tytułem „Pro domo nostra" daje nam w tym pierwszym numerze krótką historję dawnego Pamiętnika oraz wypowiada swój pogląd na znaczenie tego organu w obecnej dobie.

Z notatki historycznej prof. Trzebińskiego dowiadujemy się, że powstanie Pamiętnika nie było wolne od poważnych trudności i przeszkód. Uchwała w sprawie powołania do życia tego wydawnictwa zapadła na wniosek Józefa Franka w październiku 1815 r., a pierwszy tom Pamiętnika wyszedł dopiero w r. 1818, drugi w r. 1821. W dalszym ciągu swego istnienia wydawnictwo kilkakrotnie zmieniało nazwę i redaktorów, wychodząc bądź jako Pamiętnik Farmaceutyczny, to znowu jako Dziennik Medycyny Chirurgji i Farmacji — ostatni tom wyszedł równo sto lat temu w r. 1830. W skład redakcji Pamiętnika wchodzili profesorowie Wszechnicy Wileńskiej: Frank, Mianowski, Porcyanko, Pelikan i Wolfgang.

Jak widać z powyższego, dawny Pamiętnik Wil. Tow. Lekarskiego jedynie częściowo i w ciągu krótkiego czasu był odźwierciedleniem życia Towarzystwa. Od roku 1830 do 1862 wydawano już tylko pod redakcją Adamowicza w odstępach nieregularnych „Praktyczne najnowsze spostrzeżenia", oparte na materjale, przedstawianym w Wil. Tow. Lekarskiem.

Jeżeli mimo to wydawnictwo nasze przyjęło dawną nazwę Pamiętnika Wileńsk. Tow. Lekarskiego i — rozszerzając znacznie swe ramy—nazwę powyższą utrzymało na naczelnem miejscu, to chodzi tu nietylko o pietyzm i uznanie dla wysiłków naszych poprzedników z ubiegłego stulecia, lecz w pierwszej mierze o wypełnienie tych zadań i tych zamierzeń, jakich oni wskutek ciężkich warunków pracy całkowicie spełnić nie mogli.

Tak właśnie rozumiał zadania obecnego Pamiętnika Wileńskiego Tow. Lekarskiego ś. p. Prof. Stanisław Trzebiński. W chwili, gdy

wydawnictwo nasze zostało wznowione (1925) istniały w Polsce 3 polskie pisma perjodyczne ogólno-lekarskie; zwiększanie liczby wydawnictw tego samego typu Trzebiński uważał za zbyteczne, a nawet niepożądane; chodziło Mu natomiast, aby Pamiętnik Wil. Tow. Lekarskiego nietylko z nazwy, lecz w rzeczywistości dawał wierny obraz życia lekarskiego dzisiejszego Wilna. W zamierzeniach swoich miał On na względzie odzwierciadlenie całokształtu pracy lekarskiej, a więc zarówno prac naukowych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego i rozpraw na stopień doktora medycyny, przedstawianych temu Wydziałowi, jak — w najszerszej mierze — materjału posiedzeń naukowych Wileńskiego Tow. Lekarskiego oraz spostrzeżeń tych lekarzy prowincjonalnych, którzy „pomimo trudnych warunków pracy na wschodnich rubieżach naszego kraju" pragnęliby dzielić się swemi spostrzeżeniami z szerszym ogółem czytelników pism lekarskich. Na miejscu ostatniem — zgodnie z właściwością swego charakteru — umieszcza Trzebiński to, co było treścią Jego osobistych umiłowań i największego zainteresowania — przeszłość lekarską Wilna; przeszłość ta, bogata i ciekawa, da się odtwarzać zarówno na podstawie źródeł archiwalnych i pamiętników jak nawet jeszcze z tradycji żyjących — każde wspomnienie z poprzedniej epoki obiecuje Trzebiński witać z radością i pietyzmem.

Powtórzyłem tu — niekiedy wprost dosłownie — tę zapowiedź niezapomnianego naszego Sekretarza Stałego i zasłużonego Redaktora Naczelnego Pamiętnika, gdyż charakteryzuje ono najlepiej zarówno stosunek Zmarłego do zadań naszego wydawnictwa, jak i Jego stosunek do przyjętych obowiązków.

To krótkie, lecz pełne treści credo redaktorskie nie pozostało martwą literą. Dość przejrzeć wydane dotychczas roczniki Pamiętnika. Na treść zeszytów jego składają się wszystkie rodzaje prac, planowane wyżej przez ś. p. Prof. Trzebińskiego, a więc szereg prac kierowników i asystentów zakładów teoretycznych i klinik Uniw. Stefana Batorego, kilka rozpraw doktorskich, większość odczytów i referatów, wygłoszonych w Wil. Tow. Lekarskiem łącznie z protokółami posiedzeń tego Towarzystwa, sprawozdania z działalności innych stowarzyszeń bądź społeczno-lekarskich (Stowarzyszenie lekarzy Polaków m. Wilna), bądź naukowych (Tow. Ginekologiczne, Pedjatryczne, Psychjatryczne) wreszcie krótkie sprawozdania Tow. Lekarzy Woj. Nowogródzkiego. Książki i podręczniki, wydawane przez profesorów Wszechnicy Batorowej, szybko znajdują w Pamiętniku ocenę naukową, najczęściej pisaną przez samego Redaktora (podręczniki

Opoczyńskiego, Szmurły, Wilczyńskiego, wydawnictwo Rosiaka „Bonifratrzy w Wilnie“). Jego pióra są także liczne wspomnienia pośmiertne (B. Hłaski, L. Czarkowskiego, W. Szwengrubena, R. Radziwiłłowicza i innych), On również podaje większość „wiadomości bieżących", wybierając te przedewszystkiem, ktore dotyczą życie lekarskie m. Wilna.

Najbardziej wartościowe są oczywiście Jego prace z zakresu historji medycyny. Nie będę wymieniał ich wszystkich, gdyż w następnem przemówieniu (kol. A. Safarewicza) ten dział pracy ś. p. Prof. D-ra St. Trzebińskiego będzie osobno uwzględniony. Charakteryzując jednak działalność redaktorską zmarłego, muszę wspomnieć o umieszczonych przez niego w szeregu zeszytów naszego wydawnictwa przedrukach pamiętników Franka (w języku francuskim), o przygotowaniu do druku rękopisu ś. p. D-ra L. Czarkowskiego, dotyczącego wspomnień osobistych a dającego obraz życia Wilna w latach popowstaniowych (1867—1875), wreszcie o szeregu cennych notatek ze źródeł archiwalnych Wil. Tow. Lekarskiego. W doborze tematów historycznych ś. p. Prof. Trzebiński posiadał rzadką umiejętność—dostosowywania tych tematów do spraw, związanych bądź z różnemi okolicznościami życia lekarskiego w obecnej dobie (odczyty na uroczystościach jubileuszowych Wil. Tow. Lekarskiego lub w dniu otwarcia kliniki ocznej Uniw. Stef. Batorego), bądź też do poruszania spraw, w których mogliby się wypowiedzieć i nie historycy, że wspomnę tylko o ankiecie w sprawie wartości i użyteczności „Metody wynajdywania wskazań lekarskich prof. Tytusa Chałubińskiego.

Prócz pracy naukowej, ś. p. Prof. Trzebiński poświęcał dużo czasu na ścisłą pracę redaktorską: sam czytał dokładnie większość artykułów, dbając gorliwie o zachowanie czystości języka prac i odpowiednie mianownictwo naukowe; sam najczęściej pisał streszczenia w językach obcych, dbając o to, aby umieszczane w Pamiętniku prace znane były choć z krótkiego resumé autorom obcym, — sam wreszcie spełniał „czarną robotę“ redaktora, jak korekty, skorowidze treści i nazwisk i t. p., nie mówiąc już o korespondencji z autorami, z redakcjami pism lekarskich naszych i obcych w sprawie wymiany Pamiętnika i rozpowszechnienia wydawnictwa daleko poza granicami naszego kraju.

Dla całokształtu charakterystyki pracy Zmarłego muszę jeszcze wspomnieć o sposobie prowadzenia przez Niego zebrań Komitetu Redakcyjnego od czasu, gdy jako Naczelny Redaktor Pamiętnika objął przewodnictwo w Komitecie: spełniając sam ogromną część

pracy redakcyjnej, ś. p. Prof. Trzebiński zdania Swego nigdy nie narzucał, zasięgał opinji Komitetu, chętnie brał pod uwagę zdanie innych członków, wciągając ich do współpracy — słodycz Jego charakteru, uprzejmość i gościnność gospodarza stwarzały niezwykle miłą atmosferę tych posiedzeń, jakie odbywaliśmy najczęściej w Jego gabinecie lub przyległem Seminarjum Zakładu Historji Medycyny.

Sz. Pp.! Praca ś. p. Prof. Stanisława Trzebińskiego jako redaktora Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego stanowi drobną cząstkę Jego niespożytych zasług — imię Jego, jako Filozofa i Historyka medycyny znane była szeroko i zostanie umieszczone w szeregu wybitnych przedstawicieli polskiego świata lekarskiego. Dla nas jednak — tu w Wilnie — mają wagę te właśnie poczynania, które świadczą o umiłowaniu przez Zmarłego terenu Jego pracy, o umiłowaniu przeszłości Wilna i trudach, jakie ponosił, aby tradycje naszej Wszechnicy i naszego Towarzystwa Lekarskiego utrzymać na odpowiednim poziomie!

Cześć Mu za to i chwała!

Doc. D-r ALEKSANDER SAFAREWICZ.

O pracy ś. p. Prof. St. Trzebińskiego jako badacza przeszłości Tow. Lek. i jako założyciela Koła Miłośników Historji Medycyny.

Jako jeden z tych, co w pracy ś. p. Prof. Stanisława Trzebińskiego w Wil. Tow. Lek. brali udział i często z Nim obcowali, zachowuję o nieodżałowanym naszym Sekretarzu Stałym wiele najlepszych wspomnień. Z tej Jego pracy w Tow. Lek. przytoczyć pragnę parę fragmentów, które może nie są znane tu wszystkim, a które świadczą o podziwu godnej ofiarności i poświęceniu, z jakiem oddawał się niemal do ostatnich dni życia; świadczą też one i o wielkiem Jego ukochaniu przeszłości tego Towarzystwa, z którem związały Go losy na resztę życia.

Jedną z najbliższych Jego sercu trosk była sprawa uporządkowania zbiorów W. T. L., zawierających istną skarbnicę pamiątek dawnych dziejów Tow., dziejów tak ściśle zespolonych ze świetną przeszłością Uniw. Wil. Zbiory te, gromadzone od stu przeszło lat, ulegały w dawnym wilgotnym i ciasnym lokalu powolnemu niszczeniu.

Dopiero gdy przed laty 6, zawdzięczając głównie staraniom ś. p. Prof. Trzebińskiego i ówczesnego Prezesa Tow. Prof. A. Januszkiewicza oraz ich ofiarności, Wil. Tow. Lek. z wielkim wysiłkiem odbudowało omal że nie w gruzy walący się lokal obecny, zbiory zostały tu przeniesione, lecz sprawa ich uporządkowania przedstawiała się wówczas wprost beznadziejnie. Fundusze Tow., w okresie przed wojną światową przechowywane z przymusu władz zaborczych w banku państwa, zostały w r. 1915 wywiezione do Rosji. Kasa była pusta; niepodobieństwem wydawało się liczyć na to, aby członkowie Tow. którzy zdobyli się na tak wielki wysiłek odbudowy i urządzenia lokalu obecnego, mogli przy powszechnem po wojnie zubożeniu dokonać nowego wysiłku, wymagającego dużych środków pieniężnych. W nieustannych zabiegach Zarządu Tow. o zdobycie tych środków ś. p. Prof. Trzebiński brał udział niezmordowany. Nie zrażał się piętrzącemi się trudnościami i niepowodzeniami. Przy każdej nadarzającej się okoliczności zagrzewał nas do nowych wysiłków, budząc przeświadczenie, że uporządkowanie zbiorów nie jest już tylko zwykłem umożliwieniem korzystania z nich, ale jest sprawą honoru Tow., jest koniecznością, podyktowaną względami natury ogólnej, jest ujawnieniem dowodów wysokiej kultury polskiej w Wilnie, o które przecież wtedy nie ustały jeszcze spory. Ten głos przemawiający do serc naszych pobudzał nas do nowych ofiar, a śród tych ofiar, jak to również było i podczas odbudowy lokalu, ofiary ś. p. Prof. T. były częste i hojne niewspółmiernie do szczupłej Jego pensji profesorskiej. Czynił je omal, że nie pokryjomu, wiedzieli o nich przygodni świadkowie i nasz Skarbnik. Dziś, gdy tu o Nim wspominamy, nie mogę tego nie ujawnić.

Dzięki głównie Jego niestrudzonym zabiegom Zarządowi Tow. udawało się uzyskiwać subwencje z Min. Ośw. Publ. na uporządkowanie bibljoteki. Posunęło to sprawę o tyle, że dziś katalogowanie tych zborów już jest na ukończeniu, a najwięcej do tego przyczynił się ś. p. Prof. Trzebiński. Nie na tem jednak tylko ograniczał się tu Jego trud. W porządkowaniu zbiorów brał On stale udział żywy, a niezmiernie cenny. Ileż to razy, mimo doskonałej organizacji pracy sił fachowych, prowadzących katalogowanie, zasięgano opinji i rady ś.p. Prof. Trzebińskiego, ile razy potrzebna była Jego głęboka erudycja w szeregu spraw, gdzie trzeba było np. odtwarzać pewne daty, zbierać w całość roztrzęsione karty i fragmenty dzieł drukowanych i rękopisów, ratując przeto ich wartość. Nie dalibyśmy z tem rady, gdyby nie było śród nas ś. p. Prof. Trzebińskiego. Nie jedną przy-

tem sprawę potrafił On odgrzebać z zapomnienia, nie jeden szczegół ustalić śród chaosu sprzecznych świadectw o dziejach Tow. i Uniwersytetu. Ta Jego cicha, a żmudna praca uwydatnia się w szeregu Jego badań, częściowo opublikowanych drukiem, częściowo zaś tylko wygłoszonych. Bije z nich przedewszystkiem wielkie umiłowanie tej przeszłości, które jednak nie przesłania Mu prawdy; nie cofa się On przed jej doszukiwaniem się, chociażby karty tej przeszłości nie były zbyt chlubne. Wyraża się wtedy o nich ze smutkiem, niekiedy z pobłażliwością dla drobnych ułomności i słabostek ludzkich, niekiedy z humorem dobrotliwym, a zawsze się cieszy, gdy wyszuka, wykryje i odtworzy jakiekolwiek jaśniejsze lub ducha podnoszące echa przeszłości Towarzystwa, przeszłości Uniwersytetu. Pragnął, aby to ukochanie przeszłości udzieliło się innym, chciał w Wilnie, w którem echa świetnych czasów Towarzystwa i Uniwersytetu dotąd jeszcze nie zamarły, stworzyć organizację, któraby zajęła się badaniem tej przeszłości i nieciła zainteresowanie w szerszym ogóle do jej pamiątek, pamiątek Wileńskich. Zwierzał się z tą myślą przed członkami Tow., z któremi częściej się stykał, zapytując o ich zdanie, czy mogłoby się to udać. Rozumiał bardzo dobrze, że w obecnych czasach, przesiąkniętych dążeniami, nie oglądającemi się na przeszłość, a niekiedy nawet z nią zrywającemi, nie można liczyć na większe grono zwolenników tej myśli. Ograniczył się tedy narazie do stworzenia Koła Miłośników Historji i Filozofji Medycyny i Nauk Przyrodniczych na terenie Tow. Lek. 5-go maja 1926 roku odbyło się pierwsze organizacyjne posiedzenie Koła. Niewiele liczyło ono członków, nieczęste były zebrania, ale nie brakło nigdy ciekawych tematów, które wywoływały ożywione rozprawy. *Spiritus movens* Koła ś. p. Prof. Trzebiński oczywiście przyczyniał się do tego najwięcej. Obecni tu członkowie Koła pamiętają te posiedzenia, na których garstka osób z najwyższem zainteresowaniem słuchała komunikatów ś. p. Prof. Trzebińskiego, który kreślił w żywem ujęciu szereg charakterów i postaci z dawnego społeczeństwa lekarskiego, przedstawiał panujące w ówczesnej medycynie teorje, hipotezy, a nawiązując do nowoczesnych poglądów w sposób tylko Sobie właściwy a niezmiernie oryginalny, wynajdywał wspólne jądro idei, nawiązując nici przeszłości i teraźniejszości. Śród tematów i postaci, przedstawianych przez ś. p. Prof. T. wymienię następujące: Jak wykładano sto lat temu fizjologję na Uniw. Wil.? Charakterystyka pracy naukowej i krótkie życiorysy Adamowicza, Homolickiego, Wikszemskiego, Maleszewskiego. Życie i praca Bielińskiego ze szczególnem uwzględ-

nieniem prac, dotyczących Wilna — mianowicie Uniwersytetu, Akademji Medyko-Chir., Tow. Lek., Tow. Szubrawców. Poza tem występował z pokazami starych dzieł ze zbiorów Tow., podając swe uwagi i objaśnienia.

Kończę krótkie wspomnienie o naszym nieodżałowanym Sekretarzu Stałym, o Jego zasługach i ofiarnej pracy, owianej ukochaniem dziejów Tow., pracy, której nie zaprzestawał nawet złożony chorobą śmiertelną.

Umarł, lecz żyją Jego czyny, i nie zaginie pamięć o Jego świetlanej postaci, dopóki istnieje w Polsce Wil. Tow. Lekarskie.

O ś. p. prof. Dr. St. Trzebińskim

jako członku Towarzystwa Przyjaciół Nauk

powiedział

Prof. A. PARCZEWSKI.

Do tych pięknych i bogatych treścią swoją przemówień, które przed chwilą zostały tutaj na cześć profesora Trzebińskiego wypowiedziane, niechaj wolno będzie kilka słów dodać i mnie także, jako Prezesowi Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie. Profesor Stanisław Trzebiński od czasu, gdy osiadł tutaj i zaczął pracę swoją w Uniwersytecie Stefana Batorego, został członkiem naszego Towarzystwa. Był nim nietylko nominalnie, ale istotnie i rzeczywiście członkiem czynnym. Interesowały go rękopiśmienne zbiory Towarzystwa, poszukiwał w nich wiadomości i materjałów dla swego ulubionego przedmiotu nauki, historji medycyny, specjalnie zaś w zbiorach Towarzystwa zajmowała go historja wiedzy i działalności lekarskiej na gruncie wileńskim. Przyjmował udział w naukowych posiedzeniach. W dniu 13 kwietnia 1929 r., na połączonem zebraniu Wileńskiego Oddziału Towarzystwa Historycznego i III wydziału Towarzystwa Przyjaciół Nauk odczytał bardzo gruntowny referat o pamiętnikach Franka. W referacie tym omówił genezę pamiętnika, dzieje rękopisu, którego część, niestety, zaginęła, dotychczasowe częściowe wydanie i zakończył uzasadnieniem potrzeby wydania, któreby objęło całość i to w tekście oryginalnym. Referat ten wywołał bardzo żywe zainteresowanie wśród uczestników zebrania.

Już w ostatnim roku swego życia, w marcu 1930 roku Prof. Trzebiński zaczął badać i opracowywać rękopis niedawno zbiorom Towarzystwa Przyjaciół Nauk przez p. inżyniera Narębskiego ofiarowany, a zawierający tak zwaną tekę profesora Adama Ferdynanda Adamowicza. W tece tej zawarte są zapiski o dawnym wydziale lekarskim, o klinikach, a zwłaszcza o profesorach i studentach Wydziału lekarskiego a następnie Akademji Medycznej, o udziale ich w walce narodowej 1831 roku. Zapiski te opracowywał już będąc złożonym ciężką chorobą i opracowanie swoje, nakrótko przed śmiercią wręczył profesorowi Modelskiemu dla czasopisma Ateneum, gdzie też zostanie opublikowane. Sam ten fakt pracy podczas ciężkiej choroby charakteryzuje najlepiej oddanie się nauce będące właściwością duszy Tego, któremu dzisiejsze zebranie jest poświęcone. To też imię profesora Stanisława Trzebińskiego, męża nauki, a jednocześnie powszechną czcią i sympatją otoczonego żyć będzie w kronikach Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Wilnie i w sercu tych wszystkich którzy Go znali.

Cześć i hołd Jego pamięci na zawsze!

(Z Zakładu Bakterjologji Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik Prof. D-r *T. Gryglewicz).*

HELENA KULIKOWSKA
starsza asystentka zakładu.

Otrzymywanie hodowli laseczek gruźliczych z zastosowaniem sposobu Bossan i Baudy i podłoża Bezredki.

Przed 50-ciu laty *R. Koch*, jak wiadomo, wyhodował laseczki gruźlicze na ściętej surowicy wołowej. Otrzymywanie jednak hodowli było dość trudne, żmudne i wymagało dużo czasu. Od tego czasu technika bakterjologiczna zrobiła duże postępy, a zastosowanie podłoży glicerynowanych przez *Nocarda* i *Roux*, kartofla przez *Pawłowskiego*, podłoży z jaja kurzego przez *Dorseta* i *Lubenaua* nieco zmniejszyło początkowe trudności. Główna trudność polega na tem, że laseczki gruźlicze rosną bardzo wolno; niekiedy trzeba czekać tygodniami, aż ukaże się wzrost; tymczasem przygodne bakterje, towarzyszące często laseczkom gruźliczym rozwijają się szybko i zagłuszają je. Próby usuwania bakteryj zanieczyszczających przez płókanie kłaczków plwociny w roztworze fizjologicznym soli *(Kitasato)*, ostrożne opalanie w płomieniu *(Spengler)*, działanie formaliny *(Spengler)* lub erikoliny *(Twort)* nie znalazły większego zastosowania, gdyż nie dawały pewnych wyników. To też w przypadkach, gdy materjał gruźliczy był zanieczyszczony innemi bakterjami, musieli bakterjolodzy uciekać się do szczepień morskim świnkom, ażeby potem na sekcjach z ich narządów otrzymywać laseczki gruźlicze w czystym stanie.

Uhlenhuth i jego uczniowie *Xylander* i *Kersten* podali w r. 1909 metodę, polegającą na poddawaniu zanieczyszczonego materjału działaniu antyforminy, która niszczy wszystkie elementy komórkowe i bakterje, z wyjątkiem laseczek kwasoodpornych i zarodników. Materjał zhomogenizowany wiruje się, a osad się przemywa parę razy fizjologicznym roztworem, poczem osad zasiewa się na te lub inne podłoża. W r. 1915 *Petroff* zastąpił antyforminę 4%-ym ługiem sodowym. Płyn zhomogenizowany wiruje się, a osad po zobojętnieniu 4% HCl sieje się na podłoże *Petroffa* (woda mięsna z cielęciny, jaja, gliceryna, roztwór fioletu goryczkowego). Sposób ten nie wszedł do ogólnego użytku, jak i jego modyfikacje.

Wszystkie te podłoża były zbyt złożone, a otrzymywane na nich wyniki zbyt były niepewne, ażeby podane sposoby mogły wejść do codziennego użytku laboratorjów djagnostycznych; otrzymywanie hodowli gruźliczych pozostawało nadal w ręku badaczy naukowych. *Calmette* [1]) w r. 1922 pisał: „Malgré les perfectionnements de la technique il est toujours difficile d'obtenir une première culture de bacilles même en prenant comme semence initiale un organe tuberculeux dans lequel ils existent a l'état pur".

W tymże 1922 r. autorzy francuscy *Bossan* i *Baudy* [2]) podali bardzo prosty sposób otrzymywania czystych hodowli laseczek gruźliczych z plwociny. Autorzy wrzucali trochę plwociny do naczynia, zawierającego 10%-wy kwas siarkowy, kilka razy mocno skłócali i po 10 minutach łopatką platynową przenosili nieco materjału na kartofel i mocno weń wcierali, poczem dla usunięcia nadmiaru kwasu trzykrotnie zapomocą pipety powierzchnię zasianą ostrożnie spłókiwali płynem z dna próbówki z kartoflem. Postępując w taki sposób otrzymali oni hodowle czyste 13 razy z 15 badanych plwocin. Wzrost dawał się stwierdzić najwcześniej po 13 dniach, najpóźniej po 35.

Praca *Bossan* i *Baudy* nie znalazła oddźwięku ani we francuskiem, ani w obcem piśmiennictwie fachowem. W r. 1924 *Sumyoshi* [3]) pod kierownictwem *Löwensteina* wypróbował niektóre kwasy i alkalja w rozmaitej koncentracji do niszczenia postronnych bakteryj w materjale podejrzanym o gruźlicę przed jego posiewem i zatrzymał się na 15%-ym roztworze kwasu siarkowego; posiewów dokonywał na kartoflu glicerynowanym. Takie same spostrzeżenia ogłosił *Löwenstein* [4]) taksamo w r. 1924. Widocznie autorzy ci nie znali pracy *Bossan* i *Baudy*, gdyż spostrzeżeń swych nie nawiązują do wspomnianej pracy. Pomijając małą różnicę koncentracji kwasu, sposób ich różni się od sposobu *Bossan* i *Baudy* tem, że *Löwenstein* i *Sumyoshi* działali kwasem na plwocinę przez 30 minut, poczem wirowali zhomogenizowany materjał a powstały osad przed posiewem parokrotnie przemywali fizjologicznym roztworem NaCl.

---

[1]) *Calmette*. L'Infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux. 1922.

[2]) *Bossan* et *Baudy*. Nouveau procédé d'isolement du bacille tuberculeux dans les crachats. C. R. Soc. Biol. 1922. T. 87, p. 954.

[3]) *Sumyoshi*. Beitrag zur Reinzüchtung der Tuberkelbazillen aus dem Sputum. Zeitschr. für Tuberk. Bd. 39. 1924.

[4]) *Löwenstein*. Beitrag zur Leistungsfähigkeit der direkten Züchtung der Tuberkelbazillen aus dem infektiösen Material, mit einem Beitrag zur Geflügeltuberkulose im Menschen (W. kl. W. 1924 S. 23). W/g streszcz. w Centr. für Bakt. I. Ref. Bd. 77. 1924.

Następnie *Hohn* obniżył stężenie kwasu siarkowego do 10% i odrzucił przemywanie osadu jako niepotrzebnie komplikujące i prowadzące do częstych zanieczyszczeń. Taką drogą wrócono znów do sposobu podanego przez *Bossan* i *Baudy*; pomimo to metoda ta weszła do bakterjologji jako metoda *Löwensteina* wzgl. metoda *Hohna*.

Od roku 1924—5 datuje się istna powódź prac, omawiających hodowanie laseczek gruźliczych. Prace te mają na celu: a) porównanie znanych sposobów homogenizacji *Uhlenhutha* (antyformina), i *Petroffa* (4% ług sodowy) z metodą „kwasową"; b) wykrycie najbardziej odpowiedniego podłoża do otrzymywania pierwszych hodowli z zakażonego ustroju; c) zestawienie wyników badania bakterjoskopowego z rezultatem posiewu; d) wyjaśnienie, czy posiewy w celach djagnostycznych mogą zastąpić zakażenie zwierząt. Przytoczę tu pokrótce wyniki niektórych prac.

Ad a). Badania *Max B. Lurie*[1]) ustaliły, że antyformina bardziej niż ług sodowy uszkadza laseczki gruźlicze. *Orzechowski* [2]), *Lutz* [3]), *Kraus* [4]), *Walther* [5]), *Löwenstein* (l. c.), porównywając metodę antyforminową z metodą kwasową, dają pierwszeństwo tej ostatniej. Wręcz przeciwnego zdania jest *Erika Herrmann* [6]), lecz technikę jej kwestjonuje *Hohn* [7]). *Kurt Meyer* [8]) utrzymuje, że antyformina i kwas siarkowy dają jednakowe rezultaty.

Schattner [9]) homogenizował plwocinę ługiem sodowym i kwasem siarkowym. Lepsze wyniki miał z kwasem. Przyczynę tej różnicy na niekorzyść antyforminy i ługu sodowego niektórzy autorzy widzą w tem, żę zasady uszkadzają tłuszczowatą osłonkę laseczek gruźliczych (*Lutz* l. c.); prócz tego zasady rozpuszczają białko plwo-

[1]) *Max B. Lurie.* A comparaison of the sodium and antiformin methods for cultivating tubercle bacilli, Americ. Rev. of Tuberc. t. 7, 1923. Streszcz. w Bull. Inst. Past. 1924, t. 22.

[2]) *Orzechowski.* Vergleichende Untersuchung über die Züchtung des Tuberkelbazillus nach den Methoden von Uhlenhuth und Hohn. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 111, 1929.

[3]) *Lutz.* Zur Frage: Tierversuch oder Kultur zum Nachweis von Tuberkulose. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 114, 1929.

[4]) *Kraus.* Wiener Gesellschaft f. Mikrob. Sitz. vom 23 Februar. 1926. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I Ref. Bd. 82. 1926.

[5]) *Walther.* Züchtungsergebnisse und Abtötungsversuche mit dem Hohnschen Schwefelsäureverfahren. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 115, 1930.

[6]) *Herrmann.* Zur Frage der Kultur des Tuberkelbazillus und ihrer Verwendung zur Diagnose der Tuberkulose, Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 102, 1927.

[7]) *Hohn.* Zur Frage der Kultur des Tuberkelbazillus und ihrer Verwendung zur Diagnose der Tuberkulose. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 103, 1927.

[8]) *Kurt Meyer.* Der kulturelle Tuberkelbazillennachweis in der diagnostischen Praxis. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 103, 1927.

[9]) *Schattner.* Ein Beitrag zur Reinzüchtung von Tuberkelbazillen. W. kl. W. 1925, Nr. 38.

ciny, kwasy zaś dają z tem białkiem strąt, pociągający podczas wirowania laseczki gruźlicze ze sobą (*Sumyoshi* l. c., *Hohn* l. c.). Najwięksi zwolennicy metody „kwasowej" nie zaprzeczają jednak, że kwas siarkowy, jakkolwiek w mniejszym stopniu niż antyformina i ług sodowy, działa szkodliwie na laseczki gruźlicze.

Suranyi i *Putnoky* [1]), a następnie *Seelemann* i *Klingmüller* [2]) wykazali, że w słabszej mierze czyni to kwas solny, ale ten znowuż nie tak dokładnie oczyszcza plwocinę od postronnych bakteryj. Ażeby osłabić szkodliwe działanie kwasu siarkowego, *Hohn* w swej pracy z r. 1929 [3]) zaleca obniżyć koncentrację kwasu siarkowego dla materjałów czystych do 6%, poza tem zaś używać 8%, 10% i 12% zależnie od ilości i rodzaju zanieczyszczeń.

Ad b). Jak wiadomo nie wszystkie podłoża, na których dobrze rosną laboratoryjne szczepy gruźlicze nadają się do otrzymywania pierwszych hodowli z zakażonego ustroju. Początkowo *Sumyoshi* (l. c.) zalecał siać na kartoflu glicerynowanym, podkreślając, że musi on mieć odczyn naturalnie kwaśny. *Meller* [4]) zaś w pracy, wykonanej również w pracowni *Löwensteina*, ostrzega przed używaniem kartofla o odczynie naturalnie kwaśnym, a poleca kartofel słabo zasadowy. Polecano także przepoić kartofel rozczynem fioletu goryczkowego lub fioletu krystalicznego, albo zieleni malachitowej w celu zahamowania wzrostu postronnych bakteryj.

Schrader [5]) otrzymywał lepsze wyniki bądź na podłożu *Hohna*, bądź na kartoflu zależnie od szczepu i własności kartofla.

Zdaje się, że w tych próbach zostało ustalonem tylko następujące spostrzeżenie: o ile materjał był potraktowany kwasem, należało go przemyć przed posianiem na kartoflu i należało go siać nieprzemytem na podłoże z jaj (*Hohn* l. c., *Lange* [6]), *Schmidt* [7]).

[1]) *Suranyi* und *Putnoky*. Uber die Leistungsfähigkeit des direkten Züchtungsverfahrens der Tuberkelbazillen nach Löwenstein — Sumyoshi. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 94, 1925.

[2]) *Seelemann* und *Klingmüller*. Die Züchtung von Tuberkelbakterien aus verschiedenen Ausgangsmaterialien mit Hilfe des sog. Saürebehandlungsverfahrens. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 104, 1927.

[3]) *Hohn*. Vier Jahre Kultur des Tuberkelbazillus zur Diagnose der Tuberkulose. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 113, 1929.

[4]) *Meller*. Zur Nährbodenfrage der Tuberkelbazillen. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 48, 1927.

[5]) *Schrader*. Die Züchtung des Tuberkelbazillus nach der Methode von Hohn. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 102, 1927.

[6]) *Lange*. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle, Kraus und Uhlenhuth. Bd. X, S. 352.

[7]) *Schmidt*. Tierversuch und Kulturverfahren zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 101, 1927.

Plwociny zhomogenizowane w ten lub inny sposób próbowano siać również na podłoża *Lubenaua, Dorseta* i *Petroffa.*

Rozmaici autorzy podali szereg nowych podłoży, będących przeważnie modyfikacjami podłoży *Petroffa* i *Lubenaua*, niekiedy daleko od nich odbiegającemi. Takie podłoża opisali *Despeignes*[1]), *Petragnani*[2]), *Roguski*[3]), *Cechnowicer, Isabolinsky* i *Gitowitsch*[4]), *Wilson*[5]), *Cancik* i *Mazepova*[6]), *Alessandrini*[7]), *Sweany* i *Evanoff*[8]), *Varcellana*[9]). Przeważnie nie wyszły one za progi tych zakładów, które je opracowały, a w każdym razie żadne z nich nie znalazło tylu zwolenników, co podłoże *Lubenaua* w modyfikacji *Hohna*. Było ono sprawdzane przez bardzo wielu badaczy. Wyjątkowo niektórzy z nich mieli lepsze wyniki na podłożu *Petragnaniego (Lichtenstein*[10]), *Castelli*)[11]) lub na podłożu *Dorset* i *Cechnowicera* (*Wasilewska)*[12]). Większość autorów chwali dobre wyniki otrzymywane na podłożu *Hohna* (*Brechmann*[13]), *Hauptmann* i *Burtscher*[14]), *Van Deinse*[15]),

---

[1]) *Despeignes.* Diagnostic rapide de la tuberculose des voies urinaires sans inoculation au cobaye. C. R. Soc. Biol. T. 86 p. 931, 1922.

[2]) *Petragnani.* Aleune utili modificazioni al mio terrano ed alla tecnica per l'isolamento in coltura pura dei bacilli di Koch dagli escreti e da altri materiali tubercolari. Boll. Ist. sieroterap. milan. 1926, 5, p. 173. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 85, 1927.

[3]) *Roguski.* a) Hodowanie prątków gruźlicy z plwociny. Polska Gaz. Lek. 1928, str. 4. b) Modification apportée á la préparation du milieu nutritif de Petroff. C. R. Soc. Biol. 1927, T. 27, p. 961.

[4]) *Isabolinsky und Gitowitsch.* Über die Gewinnung der Tuberkelbazillenreinkulturen. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 94, 1925.

[5]) *Wilson.* On the direct cultivation of tubercle bacilli from tissues. Brit. med. J. 1920, p. 146. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 72, 1921.

[6]) *Cancik and Mazepova.* Direct cultivation of the mycobact. tuberc. Amer. J. of public Health. 1925, p. 675. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 82, 1926.

[7]) *Alessandrini.* Cultura del bacillo tubercolare tipo humano su patata modificata. Polic. Sez. Prat. 1926, p. 806. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 84, 1926.

[8]) *Sweany and Evanoff.* Further studies of the cultivation of the tubercle bacillus. Amer. Rev. Tuberc. 18, 1928. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 95, 1929.

[9]) *Varcellana.* Według. streszcz. w Centr. f. Ges. Hygiene. Bd. 18, 1929.

[10]) *Lichtenstein.* Zur Frage der Reinzüchtung der Tuberkelbazillen. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 108, 1928.

[11]) *Castelli.* Metodi e terreni par la coltura del bacillo tubercolare. Boll. Jst. sieroterap. milan. 1928, 7. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 94, 1929.

[12]) *Wasilewska.* O hodowlach laseczek gruźliczych z plwocin. Gruźlica Nr. 4, 1928.

[13]) *Brechmann.* Tuberkelbazillennachweis mit besonderer Berücksichtigung der Kulturmethode. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 111, 1929.

[14]) *Hauptmann und Burtscher.* Über die diagnostische Verwendbarkeit der Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn. W. kl. Woch. 1928, 3. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I, Ref. Bd. 90, 1928.

[15]) *Van Deinse.* Das Züchten von Tuberkelbazillen aus sekundär infiziertem Material nach der Methode von Hohn. Nederl. Maanschr. v. Geneesk. 1928, Deel 5, p. 17. Streszcz. w Centr. f. Ges. Hygiene. Bd. 18, 1929.

Dimtza [1], *Jacobi* [2], *Neuhaus* [3], *Orzechowski* l. c., *Piasecka-Zeylandowa)* [4], *Sporzyński* [5], *Roloff* [6], *Sonnenschein* [7], *Sütterlin* [8], *Seelemann* i *Klingmüller* l. c., *Herrmann* l. c.

Podłoże *Hohna* ma skład następujący: 1 część naturalnie kwaśnego buljonu (1% ekstraktu Liebiga, 1% peptonu, 0,5% soli kuchennej. pH takiego buljonu równa się zwykle 6,3) z dodatkiem 5% gliceryny i 3 części świeżych jaj. Mieszaninę tę, której pH wynosi najczęściej 7,1, rozlewa się do jałowych próbówek i ścina w t° 87 stopni w aparacie do ścinania surowicy. Podłoże to wydaje z siebie zbyt mało wody kondensacyjnej, i dlatego po ścięciu dodaje się pipetą do każdej próbówki po 0,5 cm^3 tego samego buljonu lecz bez gliceryny, potem wstawia się na dwa dni do cieplarki dla sprawdzenia jałowości. Korki zasianych próbówek uszczelnia się parafiną lub cerezyną, gdyż jak wiadomo (*Hohn* [9], *Lange* [10], *Sumyoshi* l. c.), posiewy laseczek gruźliczych ogromnie są wrażliwe na brak wilgoci. Warunki dobrego podłoża: absolutnie świeże jaja, lustrzano gładka powierzchnia, dostateczny stopień wilgoci i naturalnie kwaśna reakcja

[1]) *Dimtza.* Zur kulturellen Diagnostik der Tuberkulose. A. f. kl. Chir. 1928, Bd. 150. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 92, 1928.

[2]) *Jacobi.* Beitrag zur Züchtung von Tuberkelbazillen. Klin. Woch. 1927. S. 2472. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 90, 1928.

[3]) *Neuhaus.* Tuberkelbazillenzüchtung aus der Leiche. Centr. f. Path 1928, Bd. 42.

[4]) *Piasecka-Zeylandowa.* Zastosowanie hodowli prątków Kocha do celów diagnostycznych ze szczególnem uwzględnieniem metody Hohna. Nowiny Lekarskie, 1928, str. 460.

[5]) *Sporzyński.* Hodowla prątków gruźliczych metodą Hohna. Med. Doświad. i Społeczna T. 9, 1928.

[6]) *Roloff.* Das Kulturverfahren nach Hohn-ein Fortschritt in Bacillennachweis bei der Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 52, 1928. Streszcz. w Centr. f. ges. Hygiene, Bd. 19, 1929.

[7]) *Sonnenschein.* a) Ergebnisse mit der Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn. M. m. W. 1927, S. 1540. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 89, 1928. b) Die Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn in ihrer praktischen Verwendung für die bakteriologische und klinische Diagnose. Beitr. zur Klin. d. Tuberk. Bd. 67, 1927. Streszcz. w Centr. f. Ges. Hygiene. Bd. 17. 1928. c) Ergebnisse mit der Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn. Zeitschr. f. Tuberk. Bd. 50. Streszcz. w Centr. f. Ges. Hyg. 18. 29.

[8]) *Sütterlin.* Züchtung der Tuberkelbazillen nach. Hohn. M. m. Woch. 1927, S. 1180. Streszcz. w Centr. f. Ges. Hygiene. Bd. 16, 1928.

[9]) *Hohn.* Die Kultur des Tuberkelbacillus zur Diagnose des Tuberkulose Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 98. 1926.

[10]) *Lange.* Berl. Gesellschaft für Mikrobiologie. Sitzung vom 10 Dezember 1923. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 76. 1924.

buljonu. Temu ostatniemu warunkowi *Hohn* nadaje pierwszorzędne znaczenie, powołując się na prace *Sandera, Fickera* i *Sieberta* *).

Podłoże zdatne jest do użytku w ciągu 2 tygodni. W ostatniej swej pracy z r. 1929, *Hohn* [1]) zaleca dodawać do podłoża roztworu hemoglobiny. Ma to przyśpieszać wzrost laseczek gruźliczych.

Jak wyżej wspomniałam, *Hohn* nie przemywa osadu, lecz w ilości jednego uszka przenosi i wciera go w podłoże. Radzi przytem unikać części śluzowych, gdyż ważnem jest, ażeby laseczki gruźlicze bezpośrednio się stykały z podłożem. Kwas siarkowy, który z materjałem przenosi się na podłoże, zdaniem jego, nietylko nie hamuje wzrostu, ale zdaje się mu sprzyjać (miał gorsze rezultaty, gdy na to samo podłoże siał materjał przemyty fizjologicznym roztworem soli).

Pierwsze dostrzegalne pod lupą kolonje notował *Hohn* przeciętnie po 10,5 dniach — najwczęśniej po 8, najpóźniej po 27.

Ad c). Niemal wszyscy autorzy, którzy zestawiali wyniki bakterjoskopowego i bakterjologicznego badania materjału potraktowanego kwasem siarkowym i sianego następnie na to lub inne podłoże (przeważnie podłoże *Hohna*), podkreślają dobre wyniki, otrzymywane drogą posiewów (*Ramos-Passos, Pesch i Simchowitz, Sumyoshi, Löwenstein, Spożyński, Roguski, Piasecka-Zeylandowa, Sonnenschein, Sütterlin, Dimtza, Jacobi, Neuhaus, Roloff, Brechmann, Orzechowski, Wasilewska* i t. d.). *Hohn*, badając posiewem bakterjoskopowo ujemne ropy i płyny punkcyjne, w 79,45% miał wynik dodatni; mocze bakterjoskopowo ujemne w 65% dały hodowlę prątków. *Roloff* (l. c.) na 100 plwocin mikroskopowo ujemnych dostał 20 dodatnich posiewów. *Sütterlin* (l. c.), zbadawszy 157 prób materjału

*) Coprawda nie wszyscy autorzy zgadzają się w tem z *Hohnem*. Tak np. *Ishimori* [2]) znajdował optimum rozwoju laseczek typu ludzkiego przy pH podłoża 7, 4—8,0, dla laseczek typu bydlęcego — przy pH 5, 8—6, 9. *Gieszczykiewicz* i *Wróblewski* [3]), porównywając 7 szczepów gruźlicy ludzkiej, 3 bydlęcej i 1 ptasiej, znaleźli dla wszystkich jednakowe optymalne pH=7,3—7,7. *Herrmann* (l. c.), uznając naogół zalety podłoża *Hohna*, utrzymuje, że oddziaływanie jego gra rolę drugorzędną. *Werner* [4]) twierdzi, że miał lepsze wyniki na podłożu *Hohna*, gdy zapomocą normalnego roztworu kwasu siarkowego obniżał jego pH do 6, 2.

1) *Hohn*. Vier Jahre Kultur des Tuberkelbazillus für die Diagnose der Tuberkulose. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 113. 1929.

2) *Ishimori*. Über den Einfluss der Wasserstoffionenkoncentration auf das Wachstum der säurefesten Bakterien. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 102, 1924.

3) *Gieszczykiewicz* i *Wróblewski*. Wzrost prątków gruźliczych a odczyn podłoża. Med. Dośw. i Społeczn. T. 7, 1927.

4) *Werner*. Zum Kulturelen Nachweis von Tuberkelbazillen. D. m. W. 1927, S. 1001. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 87, 1927.

gruźliczego, stwierdził obecność prątków mikroskopowo 23 razy, posiewem zaś 39 razy. *Sonnenschein* (l. c.) przeprowadził sposobem *Hohna* 1634 badania. Z tej liczby miał 146 dodatnich posiewów przy ujemnym wyniku bekterjoskopowego badania (56,1% ogólnej ilości ujemnych).

Zmiany histologiczne w gruźlicy są, jak wiadomo, często tak mało charakterystyczne, że badanie histologiczne nie zawsze może rzucić światło na charakter sprawy; bakterjoskopowe badanie takich tkanek też bardzo często zawodzi. Bardzo cenne usługi w tych przypadkach okazuje posiew tkanek potraktowanych kwasem siarkowym (*Schrader, Jacobi, Neuhaus, Seeleman* i *Klingmüller*).

Niektórzy badacze obserwowali przypadki, kiedy materjał mikroskopowo dodatni po zasianiu nie wykazywał rozmnażania się prątków. Może część tych niepowodzeń spowodowana była przez jakieś usterki techniczne, ale niewątpliwie mogły one też pochodzić stąd, że prątki w chwili posiewu były już martwe (np. w rozmiękłych gruczołach chłonnych), albo osłabione w swej żywotności o tyle, że kwas siarkowy łatwiej mógł je zabić (*Sonnenschein, Dimtza, Hohn, Neuhaus*). Przypadki takie jednak naogół są bardzo nieliczne w ręku badaczy doświadczonych. Zdaniem *Hohna*, nie obniżają one wartości djagnostycznej posiewu, gdyż najlepsze metody bakterjologcizne nie są w stanie w 100% wykryć odpowiedniego zarazka. W swej ocenie posiewu *Hohn* posuwa się do twierdzenia, że ujemny wynik z wielkiem prawdopodobieństwem wyklucza sprawę gruźliczą.

Ad d). Doniedawna szczepienie morskich świnek było uważane za najczulszą próbę wykrywania laseczek gruźliczych. Ujemny wynik szczepienia nietylko przez szerszą publiczność, lecz nawet przez większość lekarzy praktyków prawie z całą pewnością wykluczał gruźlicę. Odkąd zaczęto materjał podejrzany o gruźlicę równolegle siać i szczepić zwierzętom, zdania autorów w tym względzie podzieliły się. Ci autorzy, którzy otrzymywali dobre wyniki posiewu uważają metodę bakterjologiczną za równie pewną, jak szczepienie (*Hohn* l. c., *Roloff* l. c., *Matties*[1]). Niektórzy badacze otrzymywali więcej wyników dodatnich na drodze posiewów, niż zapomocą

[1]) *Matties*. Praktische Ergebnisse mit der Tuberkelbazillenzüchtung nach Hohn. Klin. Woch. 1928, S. 351. Streszcz. w Centr. f. Ges. Hyg. Bd. XVIIJ, 1929.

szczepień morskich świnek. Np. *Löwenstein*[1]), *Sumyoshi*[2]) i *Meller*[3]) opisują szereg przypadków, kiedy posiew dał wynik dodatni, szczepienie zaś było ujemne. *Dimtza* (l. c.) przeprowadził 300 badań mikroskopowo, posiewem i na zwierzętach; z tego dodatnich wyników otrzymał 81: raz (rozmiękczony gruczoł chłonny) tylko bakterjoskopowo, 4 razy (płyn punkcyjny, gruźlica przyjądrza i 2 gruźlica nerki) tylko w posiewie. *Sonnenschein* (l. c.) również notował jeden dodatni posiew przy ujemnem szczepieniu. Jednak *Van Deinse, Herrmann, Kemkes, Lutz, Schmidt, Seelemann i Klingmüller* i *Sütterlin* uważają, że szczepienie morskich świnek jest nadal najczulszą próbę dla wykrycia laseczek. Zatrzymam się nieco na ich wynikach.

Van Deinse (l. c.) w 80 przypadkach siał i szczepił materjał i przytem miał 5 razy rozbieżne wyniki: 4 razy na niekorzyść posiewu i raz na niekorzyść szczepienia. *Herrmann* (l. c.) wypowiada się za metodą szczepienia, gdyż otrzymane przez nią wyniki posiewu były bardzo niezadawalniające. *Hohn* słusznie kwestjonuje jej technikę. *Kemkes*, [4]) badając 165 materjałów podejrzanych o gruźlicę, 13 razy miał zgodny wynik posiewu i szczepienia; 8 razy tylko szczepienie było dodatnie, raz tylko posiew. Jednak w próbach tego autora materjał pozostawał w styczności z kwasem przez 40 minut, co niewątpliwie musiało się odbić na wynikach. *Lutz* (l. c.) często miewał wyniki gorsze niż w posiewie, dopóki szczepił świnki podskórnie lub do otrzewnej; odkąd zaś zaczął stosować zmodyfikowany przez siebie sposób *Knorra* dogruczołowego szczepienia stale miał lepsze wyniki przy szczepieniu. Autor nie podaje jednak, jakich używał podłoży oświadczając, że w toku swych badań zmieniał kilka razy technikę. (Robi to wrażenie, że nie był on zbyt pewny swej techniki bakterjologicznej, a jego sposób przygotowania materjału do szczepień i posiewu nastręcza pewne wątpliwości). *Schmidt* (l. c.), badając 40 ujemnych plwocin, miał 11 dodatnich szczepień, tylko 6 dodatnich posiewów i raz świnka została zdrowa a hodowla się rozwinęła. Autor zaznacza sam, że technika jego posiewów nie była bez za-

[1]) *Löwenstein.* a) l. c.; b) Wiener Gesellschaft für Mikrobiologie. Streszczenie w Centr. f. Bakt. I Ref. Bd. 82, 1926; c) Beitrag zur Aetiologie der Nierentuberkulose W. Kl. Woch. 1925, 29.

[2]) *Sumyoshi.* Beitrag zur Reinzüchtung der Tuberkelbazillen aus dem Sputum. Zeitsch. für Tuberkulose Bd. 40, 1924.

[3]) *Meller.* Zur Brauchbarkeit des Löwenstein — Sumyoshi Reinzüchtungsverfahrens der Tuberkelbazillen für die Diagnose. Zeitsch. f. Tuberk. Bd. 44, 1924.

[4]) *Kemkes.* Züchtung oder Tierversuch beim Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin, Punktat oder Eiter? D. m. W. 1928.

rzutu. *Seeleman i Klingmüller* (l. c.) w badaniach mleka mieli lepsze wyniki przy szczepieniu. Niewątpliwie mleko, wobec częstego zanieczyszczenia zarodnikującemi bakterjami, mało się nadaje do badania zapomocą posiewu. Nakoniec, *Sütterlin* (l. c.) wykonał 157 prób: 23 razy laseczki gruźlicze były wykryte mikroskopowo, 39 razy posiewem i 50 szczepieniem. Gorsze wyniki posiewu autor tłumaczy brakiem wprawy.

Jak widzimy nawet *Van Deinse, Schmidt i Kemkes*, którzy utrzymują, że posiew nie dorównywa szczepieniu, gdy chodzi o wykrycie laseczek gruźliczych, notowali po jednym wypadku ujemnego szczepienia materjału gruźliczego.

Rozważając podane wyżej spostrzeżenia, uznać należy, że fakt niezachorowania świnki, szczepionej materjałem, w którym obecność żywych laseczek została wykazana posiewem, jest jednak zastanawiający. Otrzymywanie hodowli laseczek gruźliczych wymaga pewnego opanowania techniki bakterjologicznej i część ujemnych posiewów możnaby tłumaczyć brakiem tej techniki, ale zwykłe szczepienie zwierząt jest technicznie bardzo proste, i wobec tego ujemny wynik szczepienia nasuwa pytanie, czy wszystkie szczepy gruźlicy chorobotwórcze dla ludzi są również zjadliwe dla świnki.

* * *

Przechodzę obecnie do swoich własnych doświadczeń nad otrzymywaniem hodowli gruźliczych. Potrzebując w toku innej swej pracy większej ilości szczepów gruźliczych, posługiwałam się podłożem *Petroffa, Dorseta,* surowicą wołową z dodatkiem gliceryny i kartoflem glicerynowanym, na które siałam narządy gruźliczych świnek morskich. Przekonałam się wówczas o prawdziwości wyżej przytoczonych słów *Calmetta* o trudności otrzymywania pierwszych hodowli. Przytem próbowałam też metody *Bossan i Baudy* z tą różnicą, że po zasianiu dla usunięcia kwasu zwilżałam kartofel podłożem *Bezredki.* Wyniki jednak mnie nie zadowoliły, bo jakkolwiek w większości przypadków otrzymywałam czysty, mniej lub więcej obfity wzrost, to często z niezrozumiałych przyczyn niektóre próbówki, zasiane tym samym materjałem, pozostawały jałowe lub wykazywały wzrost bardzo skąpy. Nasuwała się myśl, że przyczyna tego tkwi we własnościach kartofla. *)

*) Jakoż w pracy *Mellera* (l. c.) znalazłam potwierdzenie mego przypuszczenia. Autor ten wykazał, że zdatność kartofla do hodowania szczepów gruźliczych zależy od gatunku kartofla i pory roku. Zdaniem Mellera bardziej się nadają kartofle żółte.

Rozglądając się za innem podłożem, zatrzymałam się na płynnem podłożu z żołtka kurzego, opisanem przez *Bezredkę* [1]) w roku 1921. Powszechnie przyjęte w laboratorjach podłoże *Hohna* ma, mojem zdaniem, następujące strony ujemne: 1⁰ wymaga absolutnie świeżych jaj, o które tak trudno jest w zimie; 2⁰ może być przechowywane tylko przez 2 tygodnie; 3⁰ nie może być sterylizowane w wyższej temperaturze, wskutek czego, nawet pomimo zachowania najściślejszej aseptyki, część próbówek wykazuje zanieczyszczenia (*Lutz* l. c.); 4⁰ przygotowanie jego wymaga 3 dni; 5⁰ dla zabezpieczenia podłoża przed wysychaniem należy korki uszczelniać parafiną, co jest rzeczą ambarasowną, zwłaszcza jeżeli się chce parokrotnie sprawdzić rozwój hodowli. Wszystkich tych stron ujemnych pozbawione jest wspomniane podłoże *Bezredki*. Ponadto, jeżeli, jak przypuszcza *Hohn*, pewien procent ujemnych posiewów materjału gruźliczego można tłumaczyć obniżoną żywotnością laseczek Kocha, to można również przypuszczać, że te prątki osłabione prędzej się rozwiną w podłożu płynnem, niż na podłożu stałem, co zostało stwierdzone dla wielu innych bakteryj.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłam kilka prac, dotyczących otrzymywania hodowli z materjału gruźliczego zapomocą żółtkowej wody *Bezredki*. Wyniki autorów nie są zgodne. *Boecker*, [2]) *Isabolinsky i Gitowitsh* (l. c.) i *Meller* (l. c.) wysnuli wniosek, że podłoże to zupełnie się nie nadaje do otrzymania pierwszych hodowli; natomiast *Prunell* [3]), *Weise* [4]), *Weise i Fernbach* [5]), którzy siali płyn ascytyczny i płyn mózgowo-rdzeniowy, wzgl. jałową ropę, mieli bardzo dobre rezultaty. *Hohn*, omawiając wyniki *Weise* i *Fernbacha*, zaznacza, że podłoże *Bezredki* może mieć tylko bardzo ograniczone zastosowanie, gdyż, jego zdaniem, siejąc do tego podłoża, nie mamy

---

[1]) *Besredka*. Culture des bacilles tuberculeux dans du jaune d'oeuf. Annales de l'Institut Past. 1921, T. 35, p. 29.

[2]) *Boecker*. Über das Wachstum von Tuberkelbazillen in eidotterhaltigen flüssigen Nährböden. Zeitscr. f. Hyg. Bd. 95, 1922.

[3]) *Prunell*. Rachiculture dans le milieu de Besredka. C. R. Soc. Biol. 95. 1926, p. 65.

[4]) *Weise*. Eigelbwasser zur Züchtung von Tuberkelbazillen aus Liquor und Ascites, seine Verwendung zur Antigenherstellung fur die Serodiagnostuk der Tuberkulose. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 94, 1925.

[5]) *Weise und Fernbaeh*. Über die Züchtung von Tuberkelbazillen aus Liquor und Abszesseiter in Eigelbwasser. Kl. W. 1925, S. 2250. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 81, 1926.

sposobu, ażeby zahamować wzrost postronnych bakteryj. *Poiré i Carranza* [1]) materjał poddany działaniu 10%-go ługu sodowego lub 10%-go kwasu solnego siali równolegle do następujących podłoży: *Bezredka* z dodatkiem 5% gliceryny, podłoże *Petroffa*, *Despeignes*, *Dorseta*, *Lubenaua* i kartofel glicerynowy. Najlepsze wyniki notowali oni na podłożu *Bezredki*. Ostatnio *Wolters* [2]) pisze, że prócz podłoża *Lubenaua* doskonale się nadaje do otrzymywania pierwszych hodowli: „Eierbouillon nach *Besredka*". Pracy *Woltersa* w oryginale poznać nie mogłam. Jak wynika ze słów *Langego* (Handbuch der path. Mikr. von Kolle-Kraus-Uhlenhuth. Tom X, str. 352) *Wolters* siał nie do wody żółtkowej *Bezredki* lecz do podłoża *Besredka-Jupille*. *Korthof* [3]) porównywał podłoże *Hohna* z podłożem *Bezredki*, przyczem porównanie to wypadło na niekorzyść podłoża *Hohna*. Podany przez *Korthofa* przepis przygotowania podłoża wskazuje jednak, że ma ono bardzo mało wspólnego z podłożem *Bezredki*.

Zanim przejdę do opisu swoich prób, muszę się nieco zatrzymać na technice przeze mnie stosowanej. Przedewszystkiem zmieniłam sposób homogenizacji przyjęty przez *Hohna*. Autor ten umieszcza 2 cm^3 plwociny w próbówce długości 22 cm^3 z korkiem doszlifowanym; po dodaniu 10 cm^3 roztworu kwasu siarkowego, przez 20 — 30 minut, zależnie od stopnia zanieczyszczenia, homogenizuje, często skłócając próbówkę. Po upływie tego czasu zawartość próbówki przelewa do innej próbówki i po 5 minutowem wirowaniu na wirówce elektrycznej, sieje osad. Zdawało mi się, że, mieszając plwocinę z kwasem siarkowym zapomocą uszka platynowego w płytce *Petriego*, prędzej i dokładniej da się osiągnąć należytą homogenizację, co pozwoli skrócić czas działania kwasu siarkowego i pozwoli uniknąć specjalnego naczynia do skłócania. Poza tem, nie chcąc zbytnio rozcieńczać swego materjału, dodawałam do plwociny nie pięciokrotną, lecz równą ilość 10%-ego kwasu siarkowego (stężony kwas siarkowy rozcieńczony dziesięciokrotnie). Jeżeli plwocina miała dużo śluzu, dodawałam trochę więcej kwasu siarkowego. Po paru

---

[1]) *Poiré et Arzeno - Carranza*. Comparaison des methodes de culture et d'isolement du baccille de Koch dans les crachats. C. R. Soc. Biol. T. 95, p. 1174, 1926.

[2]) *Wolters*. Der kulturelle Nachweis von Tuberkelbazillen und seine praktische Bedeutung. Deutsche tierärztliche Wochenschritt. 1928, S. 666. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I. Ref. Bd. 93, 1929.

[3]) *Korthof*. Cultureel onderzoek op tuberkelbacillen. Versl. en Meded, tetr. de Volksgez. 1928. Streszcz. w Centr. f. B. I. Ref. Bd. 94 1929.

minutach energicznego mieszania uszkiem, plwocina zwykle była już zhomogenizowana i po 5—8 minutach siałam ją bez wirowania.

Ażeby podczas mieszania plwociny z kwasem siarkowym uniknąć rozpraszania materjału zakaźnego, pokrywałam stół szmatą przepojoną roztworem karbolu.

Stosowane przeze mnie do posiewów podłoże *Bezredki*, które właściwie jest odpowiednio zalkalizowanym 5%-ym roztworem żółtka kurzego w wodzie destylowanej, przygotowywałam w sposób następujący. Do szerokiej menzurki wlewałam 175 cm^3 żółtek kurzych jaj (około 10 jaj) i następnie małemi porcjami dodawałam 500 cm^3 wody destylowanej obojętnej *) rozrabiając wciąż żółtko bagietką. Otrzymany żółty płyn jest zupełnie mętny. Przez dodanie odpowiedniej ilości 1%-go ługu sodowego należy go sklarować. Ilość potrzebnego ługu nie jest stała i zależy od użytych jaj. Trzeba również unikać nadmiaru ługu, gdyż prątki gruźlicze nie rosną na podłożu zbyt alkalicznem. Zwykle wystarczała mi $^1/_8$ część ilości użytych żółtek lub trochę więcej. Dodawałam ług ostrożnie po 1 lub $^1/_2$ cm^3, dokładnie mieszając po każdem dodaniu i kontrolując przezroczystość pożywki przez nabieranie jej do jednocentymetrowej pipety. Gdy pożywka w tak cienkiej warstwie była zaledwie słabo opalizująca, przerywałam dalszą alkalizację, poczem dodawałam wody destylowanej do 3,5 litrów, sączyłam przez gazę i po rozlaniu do próbówek szerokości 2 — 3 cm^3 do wysokości połowy próbówki, wyjaławiałam przez 20 minut w temperaturze 110°. W taki sposób z 10 żółtek można zrobić w ciągu jednej godziny około $3^1/_2$ litrów podłoża, które można niezwłocznie używać do posiewu i przechowywać przez czas dłuższy.

pH tego podłoża po sterylizacji równa się 7,6 częściej 7,8. Po zasianiu kwaśnego materjału pH, rzecz prosta, się obniża.

Do posiewu brałam materjał uszkiem platynowem i przenosiłam do próbówki; w miejscu, gdzie kwaśny materjał zetknie się z podłożem, występuje natychmiast biały jak mleko obłoczek; po skłóceniu męt ten znika; wówczas dodajemy drugie uszko i znów

---

*) Reakcję wody destylowanej, używanej do robienia podłoża, określałam nie papierkiem lakmusowym, lecz zapomocą bardziej czułej próby hematoksylinowej: do czystej próbówki wlewa się parę centymetrów badanej wody, poczem wrzuca się pincetą (nie palcami!) parę kryształków hematoksyliny. Woda obojętna zabarwia się na fioletowo między 1-szą a 5-tą minutą, woda alkaliczna zabarwia się przed upływem 1-ej minuty, woda kwaśna dopiero po 5-ciu minutach. Kwaśną wodę łatwo poprawić 1%-ym roztworem sody krystalicznej.

skłócamy; tak postępujemy aż po skłóceniu pozostanie pewna opalescencja. W ten sposób udaje się zwykle posiać do probówki 3—5 uszek—do dużych próbówek odpowiednio więcej.

Wzrost drobnoustrojów zanieczyszczających, o ile ma miejsce, występuje w ciągu dni najbliższych i zdradza się przez mniej lub więcej mocne zmętnienie podłoża lub powstawanie bakteryjnego osadu na dnie próbówki. W takich przypadkach często po dłuższym czasie można było mikroskopowo obok zanieczyszczeń (najczęściej były to rozmaite oidja) stwierdzić skupienia laseczek gruźliczych, jakkolwiek wzrost ich w tym razie nie był tak bujny jak wtedy, gdy były one w czystej hodowli. Jeżeli zanieczyszczające drobnoustroje mocno zakwaszały podłoże i podłoże się ścinało, to nigdy mi się nie udało stwierdzić rozwoju prątków. W próbówkach wolnych od zanieczyszczeń między 8 a 15 dniem można dostrzec gołem okiem obecność ziarenek wielkości ziaren piasku, gromadzących się na dnie próbówki; płyn nad niemi pozostaje lekko opalizującym, jakim był w chwili posiewu. Gdy siałam plwociny bakterjoskopowo dodatnie, ziaren tych po 15 dniach było tak dużo, że pokrywały one całe dno próbówki.

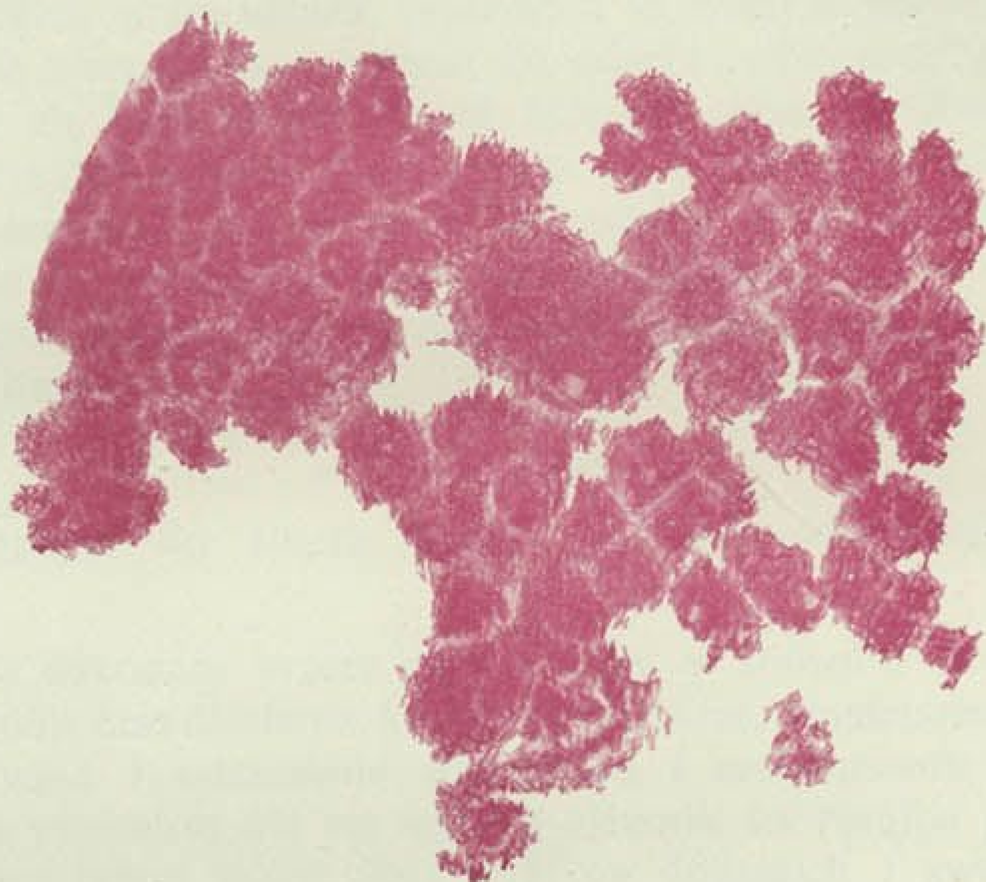
Do badania mikroskopowego brałam zawsze osad z dna zapomocą pipety w ilości kilku kropel, przenosiłam go na szkiełko przedmiotowe, w celu przyśpieszenia wysychania umieszczałam preparat w płytce *Petriego*, którą wstawiałam do cieplarki; nazajutrz barwiłam sposobem *Ziehl-Neelsena*, jak zwykle. Podczas barwienia należy unikać spłókiwania mocnym strumieniem wody, gdyż czasem taki preparat przytem się odrywa, zwłaszcza, jeżeli nie był dokładnie wysuszony.

Laseczki gruźlicze w takiej hodowli tworzą najczęściej duże grudki, zalegające niekiedy całe pole widzenia (p. rys. 1), rzadziej układają się one w długie pokręcone warkocze (p. rys. 2)*).

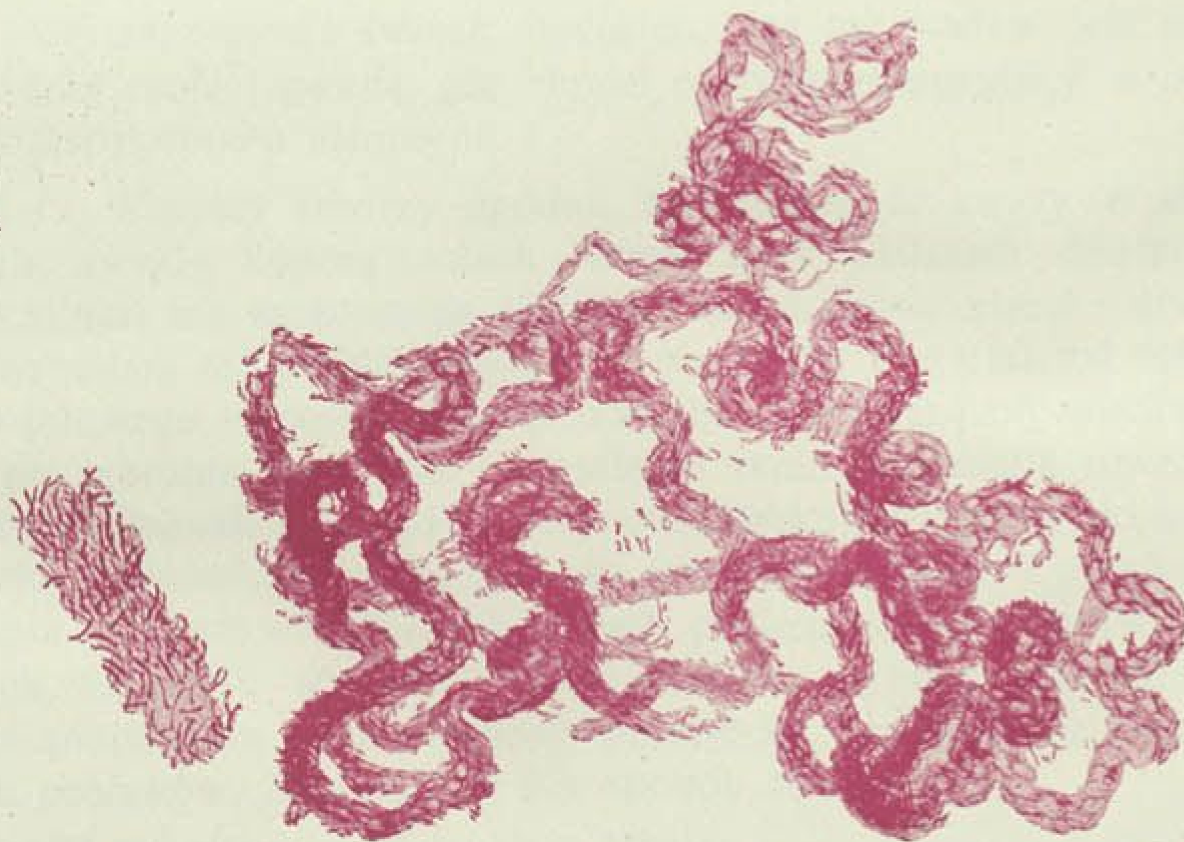
---

*) *Weise* (1 c.) opisując hodowle otrzymane z płynu mózgowo-rdzeniowego, zasianego bezpośrednio do podłoża *Bezredki*, wspomina, że laseczki rosły czasem w postaci grudek, czasem w postaci warkoczy.

Siejąc równolegle kilka plwocin—każdą do 3—5 próbówek podłoża *Bezderki*, przygotowanego jednego dnia, uważałam, że laseczki z jednej plwociny rosły we wszystkich zasianych próbówkach w postaci grudek, z innej — we wszystkich próbówkach tworzyły pokręcone sploty. Nie badałam bliżej własności biologicznych szczepów rosnących tak odmiennie, ani stopnia ich zjadliwości dla morskich świnek.



Rys. 1. Wzrost laseczek gruźliczych w postaci grudek. Hodowla 9-ciodniowa Pow. ok. 1:500.



Rys. 2. Wzrost laseczek gruźliczych w kształcie warkoczy. Hodowla 14-stodniowa. Pow. ok. 1:500. Z lewej strony mała część odrysowana w powiększeniu 1:1000.

W rzadkich przypadkach (widziałam to tylko w plwocine bakterjoskopowo ujemnej, pochodzącej od dzieci z „wyleczoną“ gruźlicą) rozmnażanie się prątków gruźliczych było tak słabe, że udawało się je stwierdzić zaledwie pod mikroskopem po 2 — 3 tygodniach. Dalsze przetrzymywanie próbówek w termostacie mało wpływało na powiększenie się uprzednio znajdowanych skupień, jak również po tym czasie nie wykrywałam wzrostu w tych próbówkach, które dotąd go nie ujawniały.

* * *

Przystępując do swych badań szukałam odpowiedzi na 3 pytania:

1. Czy dokonane przeze mnie zmiany w sposobie homogenizacji (skrócony czas działania kwasu na plwocinę, zmniejszenie ilości roztworu kwasu i odrzucenie wirowania) i zastosowanie podłoża o względnie wysokiem pH nie wpłyną ujemnie na rezultat posiewu, zmniejszając z jednej strony ilość wyników dodatnich i zwiększając z drugiej strony ilość zanieczyszczeń.

2. Czy da się tym sposobem wykazać laseczki gruźlicze w materjale mikroskopowo ujemnym.

3. Czy szczepienie świnek morskich, czy też posiew jest metodą bardziej czułą i pewną, gdy chodzi o wykazanie gruźlicy w materjale mikroskopowo ujemnym.

Ad 1. Wszyscy autorzy zgodnie zaznaczają, że kwasy w stosowanych zwykle koncentracjach nawet przy dłuższem działaniu (20—30 minut) nie są w stanie zniszczyć zarodników, pleśni i drożdży. Zwróciłam też większą uwagę na to, ażeby materjał był zbierany do jałowego naczynia i żeby posiew był uskuteczniany możliwie szybko po zebraniu materjału. Zresztą to samo zaznaczają również *Wasilewska*, *Roguski* i inni. Plwociny od tuberkulików użyte do 1-ej serji moich doświadczeń, zbierałam do jałowych słoików. Coprawda, z przyczyn odemnie niezależnych, siałam plwociny dopiero po 16--18 godzinach od chwili wydania choremu słoika; w ciągu tego czasu, plwocina znajdowała się w ciepłocie pokojowej, co obniżało szanse czystych posiewów. Zbadałam w ten sposób 107 plwocin.

Wyniki zebrałam w podanej tu tabelce.

Liczba porządkowa	Ilość laseczek gruźliczych w polu widzenia	Ilość próbówek zasianych	Wynik dodatni Hodowla czysta	Wynik dodatni Hodowla zaniecz.	Wynik ujemny Hodowla zaniecz.	Liczba porządkowa	Ilość laseczek gruźliczych w polu widzenia	Ilość próbówek zasianych	Wynik dodatni Hodowla czysta	Wynik dodatni Hodowla zaniecz.	Wynik ujemny Hodowla zaniecz.
1	10—15	4	3	1	—	25	2—5	4	4	—	—
2	10—15	4	—	2	2	26	kilkadziesiąt	4	4	—	—
3	3—5	4	4	—	—	27	10—20	4	4	—	—
4	5—10	4	4	—	—	28	1—5	4	3	1	—
5	20—30	4	4	—	—	29	20-30	3	3	—	—
6	10—15	4	4	—	—	30	kilkadziesiąt	4	4	—	—
7	1 w 200 polach widzenia	4	4	—	—	31	2—5	4	4	—	—
8	1—5	4	4	—	—	32	kilkadziesiąt	4	3	1	—
9	1—3	4	4	—	—	33	2—3	4	4	—	—
10	1 w kilkunastu polach widzenia	4	4	—	—	34	1 w kilku p. widz.	4	4	—	—
11	5—15	4	4	—	—	35	kilkadziesiąt	3	3	—	—
12	10—20	4	4	—	—	36	1 w kilkunastu polach widzenia	3	3	—	—
13	5—10	4	4	—	1	37	2—5	4	3	1	—
14	kilkadziesiąt	4	4	—	—	38	5—10	4	4	—	—
15	1—3	4	4	—	—	39	10—20	4	4	—	—
16	kilkadziesiąt	4	4	—	—	40	5-10	3	3	—	—
17	10—20	4	4	—	—	41	10—20	5	5	—	—
18	10—20	4	4	—	—	42	kilkadziesiąt	3	3	—	—
19	1 w kilku p. widz.	4	4	—	—	43	3—5	4	4	—	—
20	1 w kilku p. widz.	4	4	—	—	44	1 w kilku p. widz.	3	3	—	—
21	1 w kilkudziesięciu polach widz.	4	2	2	—	45	kilkadziesiąt	3	3	—	—
22	5—10	4	4	—	—	46	kilkadziesiąt	4	3	—	1
23	3—5	4	4	—	—	47	1 w kilku p. widz.	4	4	—	—
24	1 w kilkunastu polach widzenia	4	4	—	—	48	20—30	4	4	—	—

Liczba porządkowa	Ilość laseczek gruźliczych w polu widzenia	Ilość próbówek zasianych	Wynik dodatni Hodowla czysta	Wynik dodatni Hodowla zaniecz.	Wynik ujemny Hodowla zaniecz.	Liczba porządkowa	Ilość laseczek gruźliczych w polu widzenia	Ilość próbówek zasianych	Wynik dodatni Hodowla czysta	Wynik dodatni Hodowla zaniecz.	Wynik ujemny Hodowla zaniecz.
49	5—10	4	4	—	—	73	10—20	4	4	—	—
50	10—20	4	4	—	—	74	1 w kilku p. widz.	3	3	—	—
51	10—20	4	4	—	—	75	kilkadziesiąt	4	4	—	—
52	2— 5	4	4	—	—	76	kilkadziesiąt	3	3	—	—
53	kilkadziesiąt	4	4	—	—	77	10—15	4	4	—	—
54	5—10	3	3	—	—	78	1 w kilku p. widz.	3	2	1	—
55	2— 5	3	3	—	—	79	3— 5	4	4	—	—
56	1— 2	4	4	—	—	80	2— 5	3	3	—	—
57	5—10	4	4	—	—	81	5—10	4	4	—	—
58	10—20	4	4	—	—	82	3— 5	3	3	—	—
59	100 i więcej	4	4	—	—	83	5—10	3	3	—	—
60	2— 5	4	4	—	—	84	10—20	3	3	—	—
61	1 w kilkunastu polach widzenia	4	4	—	—	85	2— 5	4	3	1	—
62	10—20	4	4	—	—	86	kilkadziesiąt	3	3	—	—
63	5—10	3	3	—	—	87	1— 3	4	4	—	—
64	1— 5	4	4	—	—	88	2— 5	4	4	—	—
65	1 w kilkudziesięciu polach widz.	3	3	—	—	89	20—30	4	4	—	—
66	5—10	4	4	—	—	90	5—10	4	4	—	—
67	10—20	4	4	—	—	91	3— 5	4	4	—	—
68	1— 3	3	3	—	—	92	2— 5	4	4	—	—
69	10—15	4	4	—	—	93	10—20	4	4	—	—
70	10—20	4	4	—	—	94	5—10	4	4	—	—
71	5—10	4	4	—	—	95	10—20	4	3	—	1
72	3— 5	4	4	—	—	96	2— 5	4	4	—	—

Liczba porządkowa	Ilość laseczek gruźliczych w polu widzenia	Ilość próbówek zasianych	Wynik dodatni Hodowla czysta	Wynik dodatni Hodowla zanieczysz.	Wynik ujemny Hodowla zaniecz.	Liczba porządkowa	Ilość laseczek gruźliczych w polu widzenia	Ilość próbówek zasianych	Wynik dodatni Hodowla czysta	Wynik dodatni Hodowla zaniecz.	Wynik ujemny Hodowla zaniecz.
97	5—10	3	3	—	—	103	10—20	4	4	—	—
98	kilkadziesiąt	4	4	—	—	104	2—5	4	4	—	—
99	10—20	4	4	—	—	105	5—10	4	4	—	—
100	kilkadziesiąt	4	3	1	—	106	kilkanaście	4	4	—	—
101	2—5	4	4	—	—	107	kilkadziesiąt	4	3	1	—
102	kilkadziesiąt	2	2	—	—						
								406	390	12	4

Jak widać z powyższej tabelki, ze wszystkich zasianych plwocin otrzymano hodowlę laseczek gruźliczych (100%).

Z 406 zasianych próbówek czystą hodowlę otrzymano w 390 (96%). Jeżeli zaliczymy do dodatnich te próbówki, w których pomimo zanieczyszczeń można było stwierdzić wzrost laseczek gruźliczych, to liczba próbówek z dodatnim wynikiem posiewu podniesie się do 402, czyli 99%.

Zwracam szczególną uwagę, że wśród sianych plwocin niektóre zawierały niedużą (L. 10, 19, 20, 24, 34, 36, 44, 47, 61, 74, 78) lub nawet bardzo nieznaczną (L. 7, 21, 65) ilość laseczek gruźliczych.

Powyższe wyniki były notowane po 14—15 dniach; we wszystkich czystych próbówkach w tym czasie był już zupełnie wyraźny wzrost w postaci drobnoziarnistego osadu. Wszystkie bez wyjątku próbówki były badane mikroskopowo.

W podobny sposób zbadałam narządy (śledziona, wątroba lub płuco) 10 świnek gruźliczych. Do posiewu brałam podczas sekcji czystemi instrumentami kawałeczki odpowiednich narządów, które drobno krajałam i ucierałam w jałowym moździerzu z odrobiną jałowego piasku; po kilku minutach dodawałam równą ilość 10%-go kwasu siarkowego i znów ucierałam przez parę minut, poczem siałam jedno lub dwa uszka do podłoża Bezredki. We wszystkich przypadkach po 2 tygodniach otrzymywałam czystą hodowlę. Dwukrotne szczepienie świnki otrzymaną hodowlą przekonało mnie, że ani po-

traktowanie prątków kwasem siarkowym, ani hodowla na podłożu Bezredki nie wpłynęły ujemnie na chorobotwórczość szczepu dla świnki morskiej.

Stosując taką samą technikę posiewu zbadałam też mocz, który w badaniu mikroskopowem wykazał obecność laseczek Kocha. Mocz, który zawierał dużo ropy, został odwirowany na wirówce elektrycznej, poczem osad potraktowałam 10%-ym kwasem siarkowym i zasiałam do sześciu próbówek. Po dwóch tygodniach stwierdziłam wszędzie obfity i czysty wzrost.

Pierwsza serja moich doświadczeń dawała mi pewną rękojmię prawidłowości przyjętej przeze mnie techniki.

Ad 2. Chcąc sobie wyjaśnić, o ile metoda posiewów daje lepsze wyniki, niż badanie mikroskopowe, zrobiłam 62 posiewy plwocin chorych, podejrzanych o gruźlicę, lub takich, którzy uprzednio prątkowali, lecz już od paru miesięcy przestali wydzielać prątki. Kilkakrotne badanie mikroskopowe plwociny tej ostatniej kategorji przypadków (dokonane w innem laboratorjum) nie ujawniło prątków. Ja, ze swej strony, również starannie badałam mikroskopowo plwocinę przed jej posiewem. Posiewy wykonywałam w taki sam sposób, jak w pierwszej serji, z tą różnicą, że siałam do większej ilości próbówek: 6—8. Dodatni wynik dostałam w 16 przypadkach (24%). Często po 2, a nawet 3 tygodniach nie można było makroskopowo dostrzec wzrostu prątków. Dopiero badając mikroskopowo płyn wzięty pipetką z dna próbówki, udało się wykryć nieliczne skupienia laseczek. Dalsze trzymanie próbówek w termostacie mało wpływało na powiększenie się tych skupień, jak również te próbówki, w których mikroskopowo nie wykryto laseczek gruźliczych po trzech tygodniach, nie ujawniały ich rozwoju i po dłuższem staniu.

Należy zauważyć, że posiewy o słabym rozwoju laseczek gruźliczych (takich było 12) pochodziły wszystkie od wspomnianych tuberkulików, którzy odpowiednio do polepszenia sprawy miejscowej, przestali prątkować.

Ad 3. Chodziło mi jeszcze o porównanie wyników, otrzymywanych zapomocą posiewu materjału bakterjoskopowo ujemnego z temi, jakie daje szczepienie na zwierzętach. W tym celu posiałam i zaszczepiłam świnkom 17 plwocin i 11 płynów punkcyjnych (ropa, wysięki surowicze). Płyny punkcyjne siałam albo bezpośrednio u łoża chorego, albo zbierałam do jałowego naczynia z małym dodatkiem cytrynianu sodu. Płyny przezroczyste siałam jako takie; płyny zaś mętne wirowałam i do posiewu brałam osad po uprzedniem zadzia-

łaniu roztworem kwasu siarkowego. W każdym przypadku część płynu wstrzykiwałam świnkom do otrzewnej, część zaś poddawałam badaniu mikroskopowemu. Plwociny zaś wstrzykiwałam świnkom pod skórę uda w kierunku gruczołów pachwinowych. Wszystkie świnki były po 3—4 miesiącach zabite i narządy ich zostały zbadane mikroskopowo na obecność laseczek gruźliczych.

Rezultat był następujący:

Zbadano rop i płynów surowiczych	11
W tem było dodatnich w posiewie i na zwierzętach .	3
„ „ „ „ tylko w posiewie	3 *)
„ „ „ „ tylko na zwierzętach	1
„ „ „ ujemnych w posiewie i na zwierzętach .	4
Plwocin zbadano	17
W tem było dodatnich w posiewie i na zwierzętach .	0
„ „ „ „ tylko w posiewie	7 **)
„ „ „ „ tylko na zwierzętach	0
„ „ „ ujemnych w posiewie i na zwierzętach .	10

Z tego zestawienia widać, że w 10 przypadkach (7 plwocin i 3 płyny punkcyjne) otrzymałam wyniki dodatnie tylko w posiewie. Omawiając dalej wyniki będę mówiła tylko o 6 plwocinach i 2 płynach punkcyjnych, gdyż, jak to wspomniałam, 2 razy świnki z odnośnych przypadków padły przedwcześnie, pozbawiając mnie w ten sposób kontroli biologicznej.

Sześć plwocin, które nie wywołały gruźlicy u świnek morskich, pochodziły od „wyleczonych" tuberkulików. Badanie odnośnych świnek, zabitych po 3—4 miesiącach, nie wykazały gruźlicy. W posiewie zaś po 2—3 tygodniach znaleziono pod mikroskopem małe skupienia laseczek. Zastanawia ta okoliczność, że laseczki gruźlicze wyhodowane w posiewie tych plwocin, rozmnażały się bardzo słabo na podłożach. Nasuwa się więc myśl, że z utratą zjadliwości tych szczepów dla człowieka i świnki morskiej ucierpiała również ich żywotność. Podobne spostrzeżenia podaje również *Hohn*.

Dwa płyny punkcyjne (surowiczy płyn z opłucnej i takiż płyn w peritonitis tuberculosa), które były dodatnie w posiewie, a nie zakaziły szczepionych świnek, pochodziły od chorych, u których odnośne cierpienia przebiegały bardzo łagodnie i szybko zakończyły się

*) Jedna świnka, zaszczepiona do otrzewnej ropą z abscessus frigidus, padła w parę godzin po zastrzyknięciu z niewyjaśnionej przyczyny.

**) W jednym z tych przypadków świnka padła w kilka dni po zaszczepieniu wskutek mieszanej infekcji.

wyzdrowieniem. Część próbówek, zasianych temi płynami, wykazała po 3 tygodniach makroskopowo widoczny wzrost; świnki zaś pozostały zdrowe, i sekcja ich, dokonana po 3 miesiącach, nie wykazała zmian gruźliczych. Dwie inne świnki, zaszczepione otrzymanemi hodowlami, również nie uległy zakażeniu.

Jak wyżej wspomniałam, wielu autorów, szczepiąc świnkom materjał, w którym obecność żywych laseczek była wykazana posiewem, nie otrzymało zakażenia tych zwierząt (*Löwenstein, Sumyoshi, Schmidt, Kemkes, Van Deinse, Sonnenschein, Dimtza* i t. d.). Trzeba uznać, że przypadki takie nie są łatwe do wytłumaczenia. Z jednej strony *Wamoscher i Stoecklin* [1]), posługując się bardzo dokładnie opracowaną techniką, wykazali, że wprowadzenie jednej laseczki gruźliczej zjadliwego szczepu do ustroju świnki morskiej w 40% szczepień sprowadziło jej zakażenie. Takież wyniki miał *Levinthal* [2]). Z drugiej zaś strony widzimy liczne fakty, które pozornie przeczą tej wrażliwości świnki na gruźlicę. Tak np. *Sumyoshi* (1. c.) badając w pracowni *Löwensteina* trzydzieści szczepów, wyhodowanych z plwociny ludzkiej, znalazł dwa, które były zupełnie niechorobotwórcze (całe uszko hodowli na kartoflu!) dla świnki, i zakażone niemi zwierzęta nie reagowały na tuberkulinę; pozostałe zaś 28 szczepów posiadały rozmaity stopień zjadliwości. *Sumyoshi* wyraża przypuszczenie, że szczepy te były szczepami gruźlicy ptasiej, która, jak wykazały badania *Römera, Webera, Bofingera* i *Lidji Rabinowitsch*, może być zupełnie niezjadliwa dla świnek morskich. *Löwenstein* (l. c.), omawiając dwa szczepy, otrzymane z plwociny przez *Sumyoshiego*, podaje jeszcze rezultat badania 14 moczów, w których 3 razy otrzymano hodowle przy ujemnym wyniku szczepienia. *Löwenstein* zalicza te szczepy do szczepów gruźlicy ptasiej, która, jego zdaniem, spotyka się u ludzi znacznie częściej, niż dotąd przypuszczano, zwłaszcza w cierpieniach nerek i kości. W pracy swej z r. 1925 (l. c.) *Löwenstein* mówi, że posiada cały szereg szczepów, które były bardzo zjadliwe dla ludzi i zupełnie niechorobotwórcze dla świnek. Autor przytacza przytem 3 nowe przypadki gruźlicy nerki, w których otrzymano rozbieżny wynik posiewu i szczepienia na niekorzyść tego ostatniego. Operacja potwierdziła bakterjologiczną djagnozę gruźlicy, a szczepienie zwierząt otrzymaną hodowlą pozostało ujemne.

---

[1]) *Wamoscher i Stoecklin*. Infektionsversuche mit einzelnen Tuberkelbazillen durchgeführt mit der mikrurgischen Methode. Centr. f. Bakt. I Orig. Bd. 104, 1927.

[2]) *Levinthal*. Tuberkuloseinfektion von Meerschveinchen mit kleinsten Bazillenmengen. Zeitschrift f. Hygiene. Bd. 107, 1927. Streszcz. w Bulletin Inst. Past. 1928.

Hohn, *Schmidt* i wielu innych wyrażają przypuszczenie, że w przypadkach gruźlicy u ludzi mogą występować szczepy gruźlicy ptasiej lub też szczepy gruźlicy ludzkiej niechorobotwórcze dla świnek.

Ja na swym małym materjale miałam 8 przypadków (6 plwocin i 2 płyny punkcyjne) dodatniego posiewu przy ujemnym wyniku szczepienia, przyczem, dwa razy otrzymane hodowle były zastrzyknięte nowym świnkom i również świnki zostały zdrowe. Zastanawia fakt, że wszystkie te plwociny pochodziły od „wyleczonych" tuberkulików, a płyny punkcyjne od chorych o bardzo łagodnym przebiegu odnośnego cierpienia. Wiadomo, że możemy sztucznie w rozmaity sposób obniżyć lub nawet zupełnie znieść zjadliwość laseczek gruźliczych, np. hodując je przez czas dłuższy na odpowiednich podłożach (szczep B. C. G.), poddając je działaniu wysokiej t^0 (*Lange* l. c.), lub kwasu siarkowego (*Seelemann* i *Klingmuller* l. c.). Wobec tego nie byłoby nic dziwnego, gdyby w pewnych warunkach w zwycięskiej walce zakażonego ustroju zwyciężona laseczka gruźlicy utraciła w znacznym stopniu swą zjadliwość dla świnek.

Pozostaje jeszcze do omówienia przypadek (ob. tab. na str. 302), gdy płyn punkcyjny (wysięk surowiczy z opłucnej) zakaził świnkę morską, która padła niespełna po 5 miesiącach, posiew zaś prątków nie wykazał. Czy można to tłumaczyć wraz z *Lutzem* istnieniem szczepów, które mogą się rozwijać tylko w organiźmie ludzkim lub zwierzęcym, lecz wcale się nie dają hodować na podłożach laboratoryjnych, czy też miał tu miejsce jakiś błąd techniczny z mej strony— trudno orzec.

W końcu pragnęłabym jeszcze zwrócić uwagę na niektóre szczegóły techniczne. Siejąc pobraną jałowo ropę z abscessus frigidus w świeżym stanie i po zadziałaniu na nią kwasem siarkowym, lepsze wyniki miałam w tym ostatnim razie. Mogło to pochodzić stąd, że podczas homogenizacji kwasem siarkowym uwalniały się laseczki gruźlicze, uwięzione w gęstej ciągniącej się ropie, a może grało tu pewną rolę obniżenie pH podłoża przez kwaśny materjał.

Muszę także zaznaczyć, że siejąc płyny punkcyjne przy łóżku chorego, otrzymywałam często zanieczyszczenia postronne. Zdaje mi się, że zbieranie tych płynów do jałowego naczynia z dodatkiem cytrynianu sodu, odwirowywanie płynów mętnych i sianie osadów otrzymanych po zadziałaniu na nie kwasem siarkowym daje lepsze wyniki. W płynach zaś przezroczystych według *Hauptmanna, Burtschera* i *Hohna* lepiej najpierw strącić białko roztworem kwasu sulfo-

salicylowego, strąt odwirować i po zadziałaniu kwasem siarkowym siać jak zwykle.

W niektórych przypadkach najwięksi zwolennicy bakterjologicznego wykrywania laseczek gruźliczych są bezradni, gdy materjał zawiera zarodniki lub oidja, odporne, jak wiadomo, na działanie kwasów i zasad w stosowanych przez nas koncentracjach. Do takich objektów należy przedewszystkiem kał osób dorosłych *), ropa z otwartych ran, plwocina zebrana w nieodpowiedni sposób, śluz z dróg oddechowych bydła i liczne objekty z praktyki sanitarno-higjenicznej, jak to: mleko, kurz i t. d. Jakkolwiek zawarte w nich oidja i laseczniki zarodnikujące prawie bez wyjątku są niechorobotwórcze dla świnki morskiej, to jednak z drugiej strony materjały te najczęściej zawierają dużo innych bakteryj, które mogą spowodować śmierć świnki na skutek ogólnego zakażenia. Takie niepowodzenia i ja miałem, jeżeli chciałem porównywać wyniki posiewów z wynikami szczepień morskich świnek. Morskie świnki, którym zastrzykiwałam plwociny pod skórę, często padały po 4 — 8 dniach wskutek zakażenia postronnemi bakterjami. Próbowałem zapobiec temu ogrzewaniem plwociny w t^0 60^0 C w ciągu 20 minut. Próbę wstępną wykonałam z 11 plwocinami, w których pod mikroskopem nie wykryto laseczek gruźliczych. Szczepienia nie wywołały żadnej reakcji miejscowej, świnki nie chorowały i zabite po 2 lub 3 miesiącach na sekcji nie wykazały żadnych zmian patologicznych. Należy podnieść, że dwie z tych plwocin dały w posiewach wynik dodatni, pomimo że wynik szczepienia odnośnych świnek również był ujemny.

O działaniu temperatury zbliżonej do tej, którą ja stosowałam, wspominają niektórzy autorzy. *Calmette* (l. c.) podaje, że laseczki gruźlicze ogrzewane w płynach bezbiałkowych zostają zabite dopiero po 1 godzinie w t^0 60^0 C. W materjałach, zawierających białko, laseczki są jeszcze bardziej wytrzymałe na działanie wysokiej temperatury. Higjeniści — bakterjolodzy, jak się zdaje, nie zupełnie się zgadzają, czy 30-to minutowe ogrzewanie mleka w t^0 60—63^0 C

---

*) W przewodzie pokarmowym osesków i niemowląt znajdujemy znacznie mniej postaci odpornych na działanie kwasów i zasad; wobec tego kał ich bardziej się nadaje do badania bakterjologicznego na gruźlicę.

Przypadki *Petroffa, Uhlenhutha, Langego* i *Hohna* otrzymywania hodowli laseczek gruźliczych z kału dorosłych są dotąd unikatami. *Hohn* 5 razy otrzymał hodowlę laseczek gruźliczych od osób, dotkniętych ciężką gruźlicą jelit. *Hohn* wyraża przypuszczenie, że w związku z gruźliczą sprawą jelit zachodzi zmiana całej flory bakteryjnej przewodu pokarmowego, przyczem wybitnie zmniejsza się ilość drobnoustrojów, odpornych na działanie kwasu.

zabija laseczki *Kocha*. Niektórzy badacze (*Rossi*)[1]) utrzymują, że laseczki przytem tracą swą zjadliwość dla świnki, zachowując jednak zdolność rozmnażania się na podłożach. Do wręcz przeciwnych rezultatów przyszedł *Lange*[2]). *Lange* poddawał laseczki gruźlicze w roztworze NaCl lub w mleku po zatopieniu w rurkach *Uhlenhutha* działaniu t^0 55—63° C w ciągu ½ godziny, poczem jednakowe ilości siał na podłoże *Petroffa*, *Hohna* i surowicę glicerynowaną, oraz zastrzykiwał podskórnie morskim świnkom. Stwierdził on przytem, że w miarę zwiększenia t^0 zdolność wzrostu na podłożach znikła wcześniej, niż zjadliwość dla zwierząt, i że dopiero ogrzewanie w ciągu ½ godziny w t^0 powyżej 60° C z całą pewnością w warunkach jego doświadczeń zabijało laseczki.

Wobec rozbieżności poglądów postanowiłam zbadać tę sprawę nieco dokładniej i w tym celu wykonałam próby z 9 plwocinami, w których pod mikroskopem znalazłam laseczki gruźlicze, przytem prócz ogrzewania stosowałam jednocześnie sposób niszczenia postronnych bakteryj kwasem siarkowym z następnem zobojętnieniem ługiem. Każdą z tych plwocim podzieliłem na 3 części, a morskie świński — na 3 grupy po 9 sztuk w grupie.

Świnki I grupy otrzymały po 1 cm^3 plwociny zmieszanej z równą ilością 0,85%-go roztworu NaCl.

Świnki II grupy otrzymały po 1 cm^3 plwociny rozrobionej w równej części 0,85%-go roztworu NaCl i ogrzewanej w łaźni wodnej w ciągu 20 minut w t^0 60° C.

Świnki III grupy otrzymały po 1 cm^3 plwociny rozrobionej równą ilością 10%-go kwasu siarkowego i następnie zobojętnionej ługiem; ług z początku 10%-wy, następnie 1%-wy dodawałem kroplami z biurety, wciąż mieszając uszkiem platynowem i sprawdzając odczyn papierkiem lakmusowym aż do zupełnego zobojętnienia; zobojętniać należy bardzo dokładnie, gdyż w przeciwnym razie powstają rozległe nekrozy skóry w miejscach zastrzykiwań; dla zobojętnienia dodawało się roztworu ługu prawie tyle, ile stanowiła mieszanina plwociny z kwasem — wstrzykiwałam więc odnośnym świnkom już nie po 1 cm^3, jak świnkom dwóch poprzednich grup, lecz po 2 cm^3.

We wszystkich przypadkach igłę wprowadzałam pod skórę na wewnętrznej powierzchni uda i przesuwałam aż do pachwiny; skóra w tem miejscu jest mniej napięta, niż na udzie, wskutek czego

[1]) *Rossi*. Lait 1928, 8, 665. Streszcz. w Centr. f. Bakt. I, Ref. Bd. 93, 1929.
[2]) *Lange*. Zur Frage der Hitzebeeinflussung von Tuberkelbakterien. Centr. f. Bakt. I. Orig. Bd. 114. 1929.

wprowadzenie tak dużych ilości (do 2 cm^3) materjału jest łatwiejsze; poza tem chodziło mi o zdeponowanie materjału możliwie blisko gruczołów limfatycznych.

Z 9 świnek I grupy szczepionych plwociną świeżą padły 3 na 4-ty i 5-ty dzień wskutek ogólnego zakażenia postronnemi bakterjami; czwarta przebyła rozległą ropowicę ściany brzusznej, która doprowadziła do martwicy skóry na sporej przestrzeni; u pozostałych 5 świnek tej grupy powstały mniejsze lub większe ropnie, które się utrzymywały przez czas dłuższy.

Świnki grupy II szczepione plwociną ogrzaną nie dały żadnej reakcji.

Świnki grupy III, które otrzymały plwocinę zadaną kwasem siarkowym i zobojętnioną ługiem, wykazały dość znaczne obrzęki w miejscach wstrzykiwania; nigdy jednak nie zauważyłam powstania ropni; w paru przypadkach powstała nawet mała nekroza skóry, która jednak zadziwiająco szybko się zagoiła i po 8—10 dniach pozostawały tylko twarde nacieki; przytem można już było wyczuwać gruczoły pachwinowe.

Z III grupy jedna świnka padła po 24 dniach. Sekcja wykazała twardy naciek w miejscu wstrzyknięcia, gruczoł pachwinowy wielkości grochu, daleko posuniętą gruźlicą śledziony i wątroby. Pod mikroskopem stwierdziłam obecność laseczek gruźliczych w tych narządach.

Po 5 tygodniach zostały zabite wszystkie świnki, które utrzymały się przy życiu. Sześć świnek grupy 1 i 8 świnek grupy III miały jednakowo daleko posuniętą gruźlicę narządów wewnętrznych i gruczołów. Inaczej rzecz się miała w II grupie świnek szczepionych plwociną ogrzaną. Jedna z tych świnek nie zachorowała wcale. Obraz sekcyjny był ujemny i mikroskopowe badanie narządów laseczek nie wykazało. U pozostałych ośmiu świnek, które naogół miały mniej posunięte zmiany, niż świnki 2 innych grup, wykryłam pod mikroskopem laseczki gruźlicze; u jednej z nich, jakkolwiek miała ona zmiany gruźlicze narządów jamy brzusznej i gruczołów lędźwiowych, nie znalazłam najmniejszego powiększenia gruczołów pachwinowych ani nacieku w miejscu wstrzyknięcia. Analogiczne spostrzeżenia zrobił *Lange* (l. c.), szczepiąc świnki ogrzaną zawiesiną laseczek gruźliczych pod skórę podbrzusza. Zakażeniu uległy w jego doświadczeniu 51 świnka; z tej liczby 19 świnek nie miały powiększonych gruczołów pachwinowych (wśród nich 15 wykazywały naogół nieduże zmiany gruźlicze narządów wewnętrznych). Narazie

trudno dać jakieś tłumaczenie takiemu pomijaniu gruczołów najbliższych. Prawdopodobnie, stoi to w jakimś związku z obniżeniem zjadliwości laseczek gruźliczych.

Wyniki powyższych mych doświadczeń wskazują na to, że szczepienie materjałem ogrzewanym daje bardzo niepewne wyniki; natomiast szczepienie materjałem potraktowanym kwasem siarkowym i następnie dokładnie zobojętnionym ma pierwszeństwo przed szczepieniem materjałem świeżym, gdyż nie daje ropienia i nieswoistego zapalenia gruczołów chłonnych, które maskuje przebieg zakażenia swoistego, a tembardziej nie powoduje przedwczesnej śmierci świnki; zjadliwość zaś laseczek po tak krótkiem działaniu kwasu, jak ja go stosowałam, nie wydaje się zmniejszona. *)

Lutz (l. c.) stosował sposób zbliżony do przyjętego przeze mnie, lecz posługiwał się inną techniką. Autor ten poddawał materjał rzadki działaniu kwasu siarkowego według wskazówek *Hohna*, materjały zaś gęstsze — działaniu antyforminy. Otrzymany płyn wirował i resztki kwasu wzgl. zasady usuwał przepłókiwaniem osadu fizjologicznym roztworem NaCl, poczem wstrzykiwał go śwince morskiej w okolicy pachwiny, starając się wprowadzić materjał do gruczołu lub do tkanki w jego pobliżu. Wyniki szczepienia bardzo zadowoliły autora, jakkolwiek, mnie się zdaje, że niektóre braki dałyby się usunąć. Zdaniem *Lutza*, kwas siarkowy, a w jeszcze większym stopniu antyformina, uszkadza tak dalece laseczki gruźlicze, że niekiedy materjał bakterjoskopowo dodatni może dać na morskiej śwince wynik ujemny. Autor wykonał następujące doświadczenie: pięć plwocin z dużą ilością laseczek gruźliczych były jego sposobem przygotowane do szczepienia równolegle antyforminą i kwasem siarkowym, poczem przemyty osad zastrzyknięto świnkom morskim. Wynik był następujący: z pięciu świnek „antyforminowych" wynik ujemny dały cztery, z „kwasowych" — jedna. Niepowodzenia te również jak i ujemne wyniki szczepień na zwierzętach materjału pochodzącego od chorych z kliniczną djagnozą gruźlicy (gruźlica nerek i pęcherza, jądra, pęcherzyków nasiennych, phtysis emphysematosa i t. d.). *Lutz* tłumaczy działaniem uszkadzającem

*) *Seelemann* i *Klingmüller* (l. c.), szczepiąc świnkom morskim osad mleka, zawierającego laseczki gruźlicze, potraktowany kwasem siarkowym a następnie przemyty fizjologicznym roztworem soli — otrzymali znaczne opóźnienie rozwoju sprawy gruźliczej w porównaniu ze świnką kontrolującą. Autorzy widzą w tem dowód osłabienia zjadliwości laseczek przez kwas siarkowy. Moje próby nie wykazały żadnego zmniejszenia zjadliwości; może to się tłumaczy znacznie krótszem działaniem kwasu w moich doświadczeniach.

antyforminy i kwasu siarkowego na laseczki gruźlicze. Niewątpliwie dłuższe działanie kwasu, a tembardziej antyforminy, nie jest bez wpływu, ale może jeszcze więcej szanse powodzenia zostają obniżone przez wirowanie.

Przygotowując antygen do reakcji wiązania dopełniacza według wskazówek *Bezredki* ze szczepu zhomogenizowanego gruźlicy, wirowałam przez 30 minut na wirówce elektrycznej, dającej 3000 obrotów na minutę hodowle laseczek w podłożu *Bezredki*. Badając następnie pod mikroskopem płyn nad osadem, znajdowałam tam dużo laseczek gruźliczych. Taksamo *Roguski* (l c.) dwukrotnie wirował plwocinę zhomogenizowaną 4%-ym ługiem, poczem używał do posiewu osadu i płynu nad osadem. Nie widział on przytem żadnej różnicy w posiewach. Również *Hohn* zaznacza bardzo słabą sedymentację laseczek gruźliczych podczas wirowania płynów mózgowo-rdzeniowych. Czy właśnie to trudne osadzanie laseczek gruźliczych przez wirowanie nie tłumaczy do pewnego stopnia niepowodzeń *Lutza?* Kwas siarkowy nie rozpuszcza elementów komórkowych, jak to czyni antyformina i daje strąty białkowe, pociągające ze sobą na dno probówki laseczki gruźlicze i może w znacznym stopniu, dlatego metoda kwasowa dawała lepsze wyniki, niż metoda antyforminowa.

Wobec powyższego, zdaje mi się, że przyjęty przeze mnie sposób inokulacji materjałów zanieczyszczonych nietylko jest łatwiejszy do stosowania, ale ponadto daje gwarancję, że wszystkie laseczki gruźlicze, zawarte w danej porcji materjału, zostaną wprowadzone do organizmu zwierzęcia. Ujemne strony tego sposobu — obrzęk, wzgl. małe nekrozy skóry — mogą nie być brane pod uwagę, gdyż objawy te dość szybko ustępują.

* * *

W n i o s k i: 1-o. Przyjęta przeze mnie technika homogenizacji *Bossan* i *Baudy* z zastosowaniem podłoża *Bezredki* do posiewu daje bardzo dobre wyniki a jednocześnie tak jest prosta, że łatwo może być stosowana w najskromniejszych laboratorjach.

2-o. Moje spostrzeżenia pozwalają mi w zupełności podzielić pogląd tych autorów, którzy w metodzie posiewów materjału gruźliczego widzą bardzo cenną metodę laboratoryjną, dającą wyniki niemal tak dobre, jak posiew materjału błoniczego na podłożu *Löfflera*.

3-o. Spostrzeżenia moje nie są dość liczne, ażebym na ich podstawie mogła twierdzić, że posiew może zastąpić szczepienie; niewątpliwie powinien on być stosowany obok szczepienia, gdyż posiew daje wynik najpóźniej po 3 tygodniach, częściej zaś po 8—15 dniach; następnie posiew stanowi rezerwę na wypadek przedwczesnej śmierci świnki czy to wskutek mieszanej infekcji przy szczepieniu, czy też wskutek epizootyj, którym tak często ulegają zwierzęta laboratoryjne; nakoniec posiew wykrywa niekiedy gruźlicę tam, gdzie nas zawodzi szczepienie.

4-o. Nie wszystkie materjały nadają się do badania zapomocą posiewu: stolce, mleko i inne materjały, zawierające dużo takich zanieczyszczeń, jak pleśnie, laseczniki zarodnikujące i t. d., nie mogą być siane; w tych wypadkach niezastąpioną jest świnka morska.

5-o. Jeżeli materjał przeznaczony do badania zawiera dużo postronnych bakteryj, to lepiej szczepić świnki materjałem nie świeżym, lecz potraktowanym kwasem siarkowym i następnie dokładnie zobojętnionym.

Praca powyższa była już ukończona, gdy w 117 tomie czasopisma „Centralblatt für Bakteriologie" ukazała się praca *Woltersa i Dehlema* „Zur Züchtung und Diffenzierung der Tuberkelbazillen". Autorzy również podkreślają dobre wyniki, jakie mieli posługując się w swoich badaniach wodą żółtkową Bezredki (którą oni nazywają „Eeirbouillon" wzgl. „Besredkabouillon") i zwracają także uwagę na szybki wzrost w niej laseczek gruźliczych. Dodatek zieleni malachitowej, zalecany przez autorów, jakkolwiek wstrzymuje nieco wzrost laseczek gruźliczych — hamuje skutecznie, według ich słów, rozwój postronnych drobnoustrojów i dzięki temu pozwala siać do wody żółtkowej Bezredki nawet takie materjały, które wobec częstych zanieczyszczeń drobnoustrojami odpornemi na działanie kwasu dotąd nie mogły być badane posiewem (mleko, śluz z dróg oddechowych bydła i t. d.).

Dr. H. KULIKOWSKA

Sur l'isolement du bacille tuberculeux à l'aide du procédé de Bossan et Baudy et du milieu de Besredka.

L'auteur fait part de ses expériences sur l'isolement du bacille tuberculeux à partir des crachats bacillifères au moyen du procédé à l'acide sulfurique de Bossan et Baudy, et du milieu au jaune d'oeuf de Besredka. 107 crachats traités de cette manière, ont tous fourni une culture du bacille tuberculeux (soit 100 pour 100). Sur 406 tubes ensemencés en somme 390 donnèrent une culture pure du bacille; dans 12 tubes on obtint une culture du bacille de Koch à côté des impuretés; dans 4 tubes le développement des germes associés acidorésistants étouffa celui du bacille de Koch.

Encouragé par ses premières épreuves l'auteur a passé à l'examen des crachats négatifs à l'examen microscopique. 16 fois sur 62 crachats (soit 24 pour 100) on a pu constater le développement du bacille tuberculeux là, où les recherches microscopiques avaient été infructueuses.

Enfin les recherches de l'auteur ont porté sur 28 produits (pus d'abcès froids, épanchements séreux, crachats), également négatifs à l'examen microscopique, où il a cherché à constater la présence du bacille de Koch simultanément par la voie des cultures et par l'inoculation au cobaye. Une fois on vit l'infection du cobaye tandisque la culture etait négative; dans 8 autres cas, au contraire, la méthode de culture se montra supérieure à l'inoculation. L'auteur cherche à expliquer cette discordance des résultats.

En passant l'auteur parle de ses épreuves d'inoculation au cobaye des crachats, traités d'abord par l'acide sulfurique dans le but de tuer les germes associés qui amènent souvent, comme ou le sait, la mort de l'ammal, et neutralisés ensuite par la soude. Les résultats de ces épreuves sont encourageants.

Prof. D-r J. TALKO-HRYNCEWICZ. — Kraków.

Ostatni z dawnych lekarzy kresowych

D-r Józef Rolle (D-r Antoni J...) w setną rocznicę Jego urodzin (1830—1930).

(Ciąg dalszy).

(Patrz Pam. Wil. Tow. Lek. z. 3 str. 207—231).

Po rozpatrzeniu działalności d-ra J. Rollego, jako lekarza, historyka i pracownika społecznego, omówimy nieco dłużej wyniki długoletnich jego studjów lekarskich, połączonych z historycznemi, a dotyczących historji rodzin szlacheckich. Badania te R. przeprowadzał w ciągu swej 35-letniej praktyki zarówno na obserwacjach z życia, jak na materjałach archiwalnych. Rezultatem tych studjów była praca „O dziedziczności obłąkania", mało znana młodszemu pokoleniu, a niedoceniona przez współczesnych; wyszła ona w kilku numerach „Przeglądu lekarskiego" w latach 1888—1889, w Krakowie.

Opuszczam jej część pierwszą, w której autor omawia warunki powstania podobnej pracy na dalekim partykularzu. Znał on od dziecka i przez długie lata studjował całe pokolenia rodzin szlacheckich, wymierających skutkiem chorób odziedziczonych po przodkach. Byli to ludzie, należący jeżeli nie do inteligencji, to w każdym razie do przeciętnej, półcywilizowanej klasy naszego społeczeństwa; 90% z nich miało byt zapewniony i nie musiało borykać się w walce o kawałek chleba.

Podaję tutaj jedynie wnioski, wysnute przez Rollego, oraz genealogje niektórych naszych historycznych rodów. Studjum omawiane obejmuje 100 rodów szlacheckich, a według autora prawie niema u nas gniazda, w którem nie odnalazłoby się osobnika umysłowo chorego, czy to na ściśle określoną formę obłąkania, czy też nazywanego przez otoczenie: narwany, niespełna rozumu, głupkowaty, dziwak, oryginał, manjak i t. p. Pod temi wyrazami, zaczerpniętemi z nomenklatury potocznej, ukrywają się najrozmaitsze choroby i zwyrodnienia psychiczne. Tablice genealogiczne, w pracy tej podane, nie obejmują jednakowej liczby pokoleń dla wszystkich rodów; w jednych liczba ta wynosi zaledwie 3, w innych dochodzi do 20, przyczem ilość spostrzeżeń zmniejsza się w miarę zwiększania się ilości pokoleń. Całość materjału obejmuje 1564 osób płci obojej (♂ 843, ♀ 721).

Jedynie 4 rody posiadają dokładniejsze tablice genealogiczne; ogółem 100 rodów wypełnia 65 tablic. Więcej niż połowę chorób obserwował autor przez dwa pokolenia, a były to choroby, które bądź towarzyszyły obłąkaniu, bądź dały mu początek, jak padaczka, pląsawica, głuchoniemota, jąkanie się, dziedziczna ślepota, najczęściej jednak opilstwo (alkoholizm), udar mózgowy, wreszcie manja samobójcza. Głównej przyczyny chorób umysłowych i towarzyszących im cierpień nerwowych dopatruje się Rolle w dziedziczności, która szczególnie spostrzegać się daje u uprzywilejowanych z końca XVIII w. Autor przypisuje to opilstwu, które występuje w owych czasach Rzeczypospolitej, poczynając od Sasów, kiedy to podniesiono je na wyżyny kultu; odurzone niem żyły 4 pokolenia. Cała Polska, jak długa i szeroka,—powiada Rolle—była wtedy pijana od początku do końca roku, a oddziaływało to nawet na zahartowane i twarde mózgi, nie wycieńczone zbytnio pracą umysłową, nie zużyte w pogoni za rozwiązaniem zagadnień społecznych. Do dziedziczenia przez potomstwo cech dodatnich, a jeszcze w większej mierze chorobowych, przyczyniały się jednocześnie małżeństwa, zawierane między krewnemi w celu nierozdrabniania majątków, co Kościół coraz bardziej tolerował. Na rozwój zgubnie oddziaływających chorób miała wpływ również rozpusta. Nieszczęścia krajowe mało wpływały na wywoływanie chorób psychicznych. Występują one na tem tle w rzadkich przypadkach i to przy nieprawidłowym stanie umysłu, jak u Suchorzewskiego, posła na Sejm Czteroletni, znanego przeciwnika Konstytucji 3 maja, lub u poety Trembeckiego, przy starczem zniedołężnieniu umysłowem. Ogół nie odczuwał nieszczęść kraju: nigdy nie bawiono się tak wesoło, jak podówczas, — zepsucie dosięgało szczytów, przegrywano w karty do obcokrajowców spuściznę po ojcach, a smucono się tylko z powodu niewypłacalności firm, spadku cen ziemi i produktów. Wojny napoleońskie i czasy Królestwa Kongresowego (spiski Krzyżanowskiego i Łukasińskiego) spowodowały znaczny wzrost liczby samobójstw. Zapanowała obojętność w rzeczach religji, lekceważenie życia i chorobliwa drażliwość na punkcie honoru, mnożyły się pojedynki (podobnie jak i dzisiaj). Nie pozostały też bez wpływu na stan nerwowy społeczeństwa przymusowe i dobrowolne wygnania i niewłaściwe wychowanie. Wszystko to przyczyniło się do rozwoju chorób nerwowych i zboczeń umysłowych, przekazywanych następnie drogą dziedziczenia prawie w 75%.

Autor, uznając niedokładność tego rodzaju obliczeń, nie podaje

statystyki postaci chorobowych, a tylko zaznacza, że u mężczyzn występował paraliż postępowy, u kobiet obłąkanie okresowe; obok tego dawały się stwierdzać powikłania, jak: suchoty, rak i inne, co powodowało wymieranie rodów. Często też notuje R. zwłaszcza w rodzinach dziedzicznie obciążonych cierpienie nerwowe, jak hipochondrja i neurastenia u mężczyzn, a histerja i histero epilepsia u kobiet. U ludzi „z towarzystwa", prowadzących interesy, napozór zupełnie normalnych, uważanych jednak za oryginałów, przy najmniejszej przykrości, jak np. strata psa, niestrawność i t. p. ujawniają się gwałtownie nerwice, często przedzierzgające się w zboczenia psychiczne. Wśród ludzi dziedzicznie obciążonych zdarzają się jednak jednostki zdolne i umysłowo bardzo rozwinięte, co zdaje się potwierdzać teorje Lombroso o związku między genjuszem a obłąkaniem. Wśród 1564 osób obu płci, pochodzących z rodów dziedzicznie obciążonych, obok szeregu umysłowo chorych było 35 ludzi głośnych w nauce, literaturze, malarstwie. Wymienić tu można sławnego rzeźbiarza, neuropatę, pochodzącego z takiego rodu utalentowanego poetę, którego ojciec i dziad umarli na rozmiękczenie mózgu, siostra dotknięta była epilepsją, a brat stryjeczny wrodzonem wodogłowiem; muzyka, o światowej sławie, wybitnego artystę, również obarczonego ciężkiem dziedzictwem, gdyż brat ojca był szaleńcem, matka histeryczką, siostry jej umysłowo nienormalne, a wuj psychicznie upośledzony. W historji chorób psychicznych w Polsce rzadziej niż na Zachodzie spotyka się przykłady zapoznanych genjuszów, proroków, rewolucjonistów, złoczyńców, chorych z aspiracjami do literatury, sztuki, wynalazków i t. p. Rozwój w XVI i XVII w. sekciarstwa odbija się na manjach i zboczeniach umysłowych, wywołując bardzo częste występowanie odpowiednich postaci. Mistycyzm, poczęty w Polsce na gruncie politycznego jej upadku w drugiej połowie XVIII w., nie znalazłszy w masach odpowiednich prozelitów, powędrował na zachód, gdzie widzimy propagatorów tych idei, jak Towiańskiego Andrzeja, usiłującego swe doktryny szerzyć we Francji, zwłaszcza wśród zamieszkałych tam emigrantów z Polski, Tadeusza Grabiankę, twórcę nowego Izraela w Awinjonie i innych. Do niedawna powiada Rolle „spotykaliśmy pośród społeczeństwa miejscowego matoidów dyplomatów, polityko-ekonomistów, wynalazców, jak dziś archeologów, heraldyków i t. d.". Opowiada, naprzykład, autor o pewnym właścicielu ziemskim z Podola, synu alkoholika, który przez ożenek stał się z nauczyciela domowego bogatym obywatelem, a przypisując sobie wybitne zdolności dyplo-

matyczne postanowił zużytkować je dla uszczęśliwienia ludzkości, korespondując w tym celu z Cavourem, Ludwikiem Napoleonem i królem Sardynji. Wkrótce jednak poznano, że jest to manjak polityczny, to też listy jego pozostawały bez odpowiedzi. Metternich, do którego także manjak ów pisywał, radził mu zwrócić się do wiedeńskich lekarzy, lecz ten, nie zrażając się niepowodzeniem, dalej uprawiał politykę, a nawet na czas jakiś zdołał w r. 1860 zdobyć zaufanie tak trzeźwie na świat patrzącego człowieka, jak osiadły w Paryżu dr. Seweryn Gałęzowski. Pozostała po tym psychopacie korespondencja dyplomatyczna jest cennym materjałem naukowym, dla charakterystyki podobnych zboczeń intellektu. Z dwóch synów tego manjaka jeden, alkoholik, umiera w młodym wieku; jeden z jego krewnych, powiernik tajemnic gabinetowych, wierzył we wszystkie projekty swego kuzyna równie głęboko, jak on sam. Cierpiał on więc na rodzaj udzielającej się psychozy, zwanej folie à deux. Inny znowu ziemianin podolski, uważający siebie za niepospolitego polityka-finansistę i ekonomistę, wciągał sąsiadów w spółki, narażał się na znaczne straty dla zapobieżenia przemycaniu spirytusu z sąsiedniego państwa, pisał i rozsyłał projekty finansowe, jak naprz. w sprawie uwłaszczenia włościan; projekty te były jednak dziwaczne, oparte na błędnych zasadach. Później, zapaliwszy się do idei odbudowy Polski, manjak ten szuka kandydata na tron, drukując broszury o mistycznym podkładzie. Ulegając okresowej hypochondrji, ów psychopata miał w poprzednich pokoleniach wielu samobójców, neurasteników i obłąkanych. Wspomina tu autor jeszcze o Niemcu, młynarzu z profesji, człowieku wykształconym, urodzonym i wychowanym w Moskwie, który był również dziedzicznie obciążonym. Zajmował się on udowodnieniem przy pomocy pewnej kombinacji dat możliwości przepowiedzenia zamachów na panujących, pragnąc w ten sposób ustrzec ich przed losem, któremu uległ szereg ich poprzedników. Rękopis tej rozprawy nosił ów Niemiec długi czas przy sobie, obawiając się, by nie odebrali mu go Żydzi, których uważał za sprawców wszystkich zamachów. Po latach paru ulega on gwałtownemu szałowi, który też rychło spowodował jego śmierć.

Rolle, przemieszkawszy tyle lat w tej samej miejscowości, w której się urodził, mógł stwierdzić na całych pokoleniach bardzo znaczny wpływ dziedziczności na rozwój chorób umysłowych. Dzieci otrzymują w spadku po rodzicach pewne cechy fizyczne i duchowe, przyczem podobnie jak usposobienie do chorób dziedziczy się i zdolności umysłowe, nieraz nawet w tej samej gałęzi wiedzy, w której

zasłynął protoplasta. Uczony przyrodnik, choć będzie synem historyka, tem nie mniej jest spadkobiercą intellektu rodzica, po którym odziedziczył uzdolnienia do pewnego rodzaju pracy. To samo obserwować można i w dziedziczeniu zboczeń umysłowych np. dzieci alkoholika nie muszą koniecznie przynosić na świat skłonności do pijaństwa, natomiast faktem jest udowodnionym, że potomstwo takie ulega najrozmaitszym cierpieniom nerwowym. Tablice genealogiczne autora, wykazujące przechodzenie zboczeń umysłowych i chorób nerwowych z pokolenia na pokolenie, równocześnie umożliwiają śledzenie zmiany formy chorobowej u rozmaitych pokoleń i osobników. Tak naprz. gdy pradziad był alkoholikiem i furjatem, dziad rozpustnikiem o ograniczonych zdolnościach umysłowych, ojciec, dotknięty manją polityczną, kończy życie samobójstwem, a synowie jego wykazują zboczenia umysłowe i choroby nerwowe. *)

Kreśląc swe spostrzeżenia o dziedziczności chorób psychicznych przed wielu laty, nie mógł autor, w oznaczaniu częstości ich występowania u potomstwa, uwzględnić praw Mendla, będących dziś podstawą nauki o dziedziczności. Wykrycie praw dziedziczności u ludzi nie jest też łatwe, gdyż nie można tu oprzeć badań na takich danych genetycznych, jakich dostarcza hodowla roślin, a nawet zwierząt. Może w przyszłości uda się antropologji przeprowadzić badania rodzin i rodów na całym szeregu pokoleń, co prawdopodobnie przyczyniłoby się znacznie do wyjaśnienia zagadnień dziedziczności u człowieka. Praca Rollego jest pierwszą w tym kierunku i dlatego jest tak bardzo cenna.

---

*) Do rzędu takich psychopatów zaliczyć należy generała intendentury rosyjskiej w czasach przedwojennych, W. A. Moszkowa. Od roku 1900 — 1907 ogłosił on w różnych wydawnictwach, po rosyjsku, szereg prac etnograficznych i lingwistycznych, jak np. „Scytowie i ich współplemieńcy", „Trakowie", „Trąba w podaniach ludowych", „Besarabscy Gagauzy", „Wzory literatury ludowej turańskiej", „Plemiona tureckie na półwyspie Bałkańskim"; w r. 1907 wydaje „Nową teorję o pochodzeniu człowieka", w r. 1910 „Zwyrodnienie Polski", Mechanizm zwyrodnienia", w r. 1912 „Początek wieku żelaza w Rosji". W pracach tych na podstawie aforyzmów, ogłoszonych przez Kolbego i Drapera, dowodzi, że zjawiska w życiu społecznem są w związku ze zjawiskami przyrody, że sprawy ludzkie nie są martwe, lecz żyją i poruszają się, a ruch ten nie jest dowolny, lecz z góry uplanowany, podlegający tym samym nieubłaganym prawom, które rządzą światem. Stąd też sprawy ludzkie, pozostając w ścisłym związku z prawami natury, rządzącemi ludzkością z matematyczną ścisłością, nigdy nie zbaczają ze swego toru. Miał on to stwierdzić na historji starożytnego Rzymu i średniowiecznej Germanji, znajdując jeden po drugim następujące cykle, które dzieli na okresy wznoszenia się, pełnego rozkwitu, marnienia i całkowitego upadku. Dla okresów tych przyjmuje nazwy: złoty, srebrny, miedziany i żelazny. Według niego w Rosji od roku 1912 rozpoczął się wiek żelaza, t. j. upadku. (Przypisek autora).

Jak wiadomo z dziejów—powiada Rolle—w Polsce nauka była przywilejem pewnych klas, stojących najwyżej pod względem dostojeństw i bytu materjalnego. Możnowładcy byli zarazem dynastami cywilizacyjnymi. Z ich szeregów wychodzą wybitni mężowie stanu, bojownicy, uczeni, teolodzy. Obok zasłużonych rodów stoi drobniejsze duchowieństwo. Zajmuje się ono naukami, kształci dzieci pańskie, sekretarzuje przy królach i ministrach, pełni funkcje poselskie do różnych dworów i t. d. Kler nie zostawiał jednak potomstwa, któreby było dziedzicem jego rozumu i talentów, a przeciwnie wchłaniał w siebie jednostki o wybitniejszych zdolnościach, pracujące na korzyść i użytek kraju. Ponieważ stan szlachecki, zajmując się bardziej wojaczką niż nauką, niezbyt pozwalał na kształcenie się i zagłębianie w problemach naukowych, być bardzo może, że jednostki, nie mające upodobania do szabli, a zamiłowane raczej w dociekaniach, szukały po klasztorach niezamąconego spokoju i zabezpieczenia skromnego bytu. Dr. Rolle w zestawieniach ze swych drzew genealogicznych podaje obserwacje nad dziedziczeniem zdolności i dodatnich cech, jak również przykłady przekazywania potomkom cech ujemnych i chorób nerwowych w szeregu znanych rodów, a więc, np. gniazdo Leszczyńskich w ciągu 600 lat wydało 12 biskupów, z domu Szembeków wyszło 5 książąt Kościoła, 8 kapłanów i 6 zakonnic, a dom Tarłów, jeden z najnabożniejszych w całej Rzeczypospolitej, wydał 5 biskupów, 9 kapłanów i aż 13 zakonnic. Załuscy znowu liczyli 6 dygnitarzy duchownych, głośnych z nauki jako historycy, dyplomaci, bibljografowie. U Lipskich zarówno miecz, jak i krzyż znajdują gorliwych reprezentantów. Rolle naliczył w ich rodzie w przeciągu 400 lat 4 biskupów, 16 kapłanów, 7 zakonnic, oraz przeszło 40 poległych w bojach. Wspaniały to dorobek, złożony na ołtarzu obrony Ojczyzny!

Łubieńscy znowu (85 osób płci obojej, w tem 55 ♂ i 30 ♀) w ciągu lat 300 (1550—1850) odznaczali się niezwykłą płodnością: jeden z nich, Maciej, starosta Wągczewski, miał 20 dzieci. Natura wynagradzała — jak mówi autor — ubytek, spowodowany przymusowym celibatem, z gniazda bowiem tego wyszło 5 biskupów, 7 kapłanów i 2 zakonnice, a więc 18% duchownych. W innych rodach przeważają zdolności dyplomatyczne i wojskowe. Radziwiłłowie w ciągu lat 440 (1400—1840) na 144 osób (♂ 79, ♀ 55) liczyli tylko 4 biskupów i 3 zakonnice, lecz za to 10 hetmanów i kanclerzy. Może tu nie tyle osobiste zasługi ważyły na szali, ile stosunki i wyjątkowe stanowisko tej rodziny na Litwie. Zamojscy również na 1 biskupa,

5 kapłanów i 1 zakonnicę mieli 2-ch hetmanów i 3-ch znakomitych kanclerzy.

Bujnie rozrodzeni Potoccy w ciągu trzech wieków liczyli 385 osób (♂ 206, ♀ 179); z pośród nich było 2 książąt Kościoła, 2-ch zakonników i 11 pobożnych mniszek, prócz tego 2 hetmanów i cały legjon wojowników, odpędzających dzicz tatarską od granic Rzeczypospolitej. Autor, rozpatrując pilnie dzieje Pilawitów w ciągu lat 300, nie znalazł utarczki, w którejby ktoś z ich rodu nie brał udziału. Genealogowie i heraldycy, dzieląc ten ród na 2 główne szczepy, wyodrębnili w podziale cechy każdego z nich. W gałęzi t. zw. prymasowskiej skupiły się aspiracje religijne, kiedy w hetmańskiej przewagę wzięły upodobania rycerskie. Wśród Potockich najmniej spotyka się zboczeń umysłowych: nasz badacz odnalazł zaledwie dwu obłąkanych. Było natomiast kilku alkoholików, między którymi prym trzymał Mikołaj, hetman W. K., znany z klęski pod Korsuniem († 1651 r.). kilku oryginałów i takich, których dziś nazwanoby psychopatami; do tych ostatnich należałby bezsprzecznie Bazyli, starosta Kaniowski. Anegdotami o jego przygodach wypełnione są raptularze humorystyczne, a był to przytem tchórz (wada to u naszych przodków niezwykła), okrutnik, egoista, zasklepiony w ciasnych ramach fanatycznej pobożności.

Rodzina Lubomirskich posiadała jeszcze wybitniejsze cechy. W ciągu 400 lat wydała 136 latorośli (♂ 84, ♀ 52), wśród których stan duchowny słabo był reprezentowany, gdyż poświęciło mu się zaledwie 3 osoby, natomiast górują u nich zdolności wojskowe: 3-ch hetmanów, 1 regimentarz, 1 feldmarszałek austrjacki. Wchodzili oni częściej niż inne rody w związki małżeńskie z obcokrajowcami: 10 mężczyzn wzięło za żony cudzoziemki, 9 razy kobiety z ich rodu stawały na ślubnym kobiercu z cudzoziemcami. Zboczenia umysłowe wśród nich należą do wyjątkowych wypadków: wspomnieć tu można o Jerzym, który rozbijał dla przyjemności po drogach i podlegał napadom drgawek, a po każdym z nich tracił przytomność. Inny z przedstawicieli tego rodu, współzawodnik Poniatowskiego do tronu, uznany był przez współczesnych za demensa, a Stanisław, wojewoda kijowski, w końcu życia miał ustanowioną nad sobą opiekę; umarł coprawda mając 90 lat (1793).

Rodzina Łaskich od drugiej połowy XV do pierwszej ćwierci XVII w. miała w swym rodzie przedstawicieli dyplomacji i językoznawstwa. Z pomiędzy nich w pierwszem pokoleniu wybija się Jan, arcybiskup Gnieźnieński, kanclerz, znakomity mówca, poseł kilka-

krotny do państw ościennych, autor statutu i wielu prac dotyczących urządzenia Kościoła polskiego, a także rzeczy etnograficznych. W drugiem pokoleniu występują synowcowie arcybiskupa, Jan, kanonik krakowski, biskup Wesprymski, gorący przeciwnik luteranizmu i autor dzieł religijnych, Hieronim Jarosław, zręczny dyplomata, Stanisław, podróżnik-orjentalista, poseł. W pokoleniu następnem: Olbracht, rycerz-awanturnik, poseł do Francji i innych państw, był znawcą języków wschodnich, inny znowu, ks. Marcin Jezuita, pisał djalogi dla scen amatorskich, popularnych w kolegjach jezuickich.

W rodzinie Morsztynów bardzo rozrodzonej, bo z jednej pary— jak mówi Rolle — w 7 pokoleniach liczyła 174 osób (♂ 106, ♀ 68), przechodzą dziedzicznie zdolności poetyckie, powtarzające się w 3 z rzędu pokoleniach ubocznych. Hieronim pisze na sposób francuski rzeczy ulotne, przekraczające nieraz granice przyzwoitości; jego synowiec Jędrzej, podskarbi koronny, oraz synowiec Jędrzeja, Stanisław bawią się również rymowaniem, odznaczając się dowcipem podobnie jak inni Morsztyni, wykształceniem i dążeniem do reform. Izabella z Morsztynów, jako żona podkanclerzego W. Ks. Litewskiego wnosi te zdolności w dom Czartoryskich. Córka jej, Konstancja Poniatowska, matka Stanisława Augusta, trzymała energiczną ręką nici dyplomacji i polityki rodziny, a syn, ks. August, wojewoda ruski zajmował wybitne stanowisko w pracach nad reformą. W następnem pokoleniu ks. Adam, Generał Ziem Podolskich, syn wojewody, nie poszedł drogą swych najbliższych; mimo światłego umysłu i gruntownej wiedzy nie kwalifikował się na męża stanu. Siostra jego natomiast, Elżbieta Lubomirska, marszałkowa nadw. koron., wzięła po ojcu i stryju upodobanie do polityki. Jedna z córek Generała Ziem Polskich, ks. Wirtemberska, autorka Malwiny, dziedziczy zdolności ojca, a jeden z synów ks. Adama, Jerzy, zdolności dziada tak ze strony ojca, jak i matki (Fleminga). Jego noty z epoki, gdy był towarzyszem ministra spraw zagranicznych w Rosji, do dziś dnia są klasycznym wzorem stylu i języka dyplomatycznego. Czartoryscy odznaczali się jeszcze długowiecznością. W trzech pokoleniach, składających się z 13 osób po mieczu i po kądzieli, Rolle znalazł trzech, którzy przeżyli 65 lat, dwóch od 70—80, siedmiu od 80—90-letnich, a jeden nawet tę ostatnią liczbę przekroczył.

Znakomity nasz badacz, przytaczając spis zasłużonych rodów, powiada na podstawie zebranych danych, że zdolności umysłowe tem dłużej zachowują się w rodzie, przechodząc z pokolenia w pokolenie, im wyższy jest rozwój umysłowy osobnika, od którego poczyna się

dziedziczenie, t. j. im więcej zasobów wiedzy i zdolności posiada protoplasta, tem dłużej jego potomkowie z nich korzystają i tem trudniej się one wyczerpują, naturalnie przy sprzyjających okolicznościach. Przykładem tego jest ród Kochanowskich: Piotr, sędzia Sandomierski z żoną, Anną z Białoczewskich, wydały całą plejadę poetów i uczonych, przekazując potomstwu swe wyższe zdolności i rozum. W pierwszem pokoleniu wybija się Jan z Czarnolasu, król polskich poetów († 1584) i bracia jego, Mikołaj, autor Rorat i tłumacz Plutarcha, oraz Andrzej, tłumacz Liwjusza i Eneidy. Z pokolenia drugiego Piotr, syn Mikołaja, tłumaczy Tassa „Jerozolimę Wyzwoloną" i Ariosta „Rolanda Szalonego", Krzysztof, syn Andrzeja, pisze wiersze. Pięciu członków jednej rodziny w dwóch pokoleniach okrywa swój ród nieśmiertelną sławą.

Rodzina Lubienieckich, socynianów, dała się poznać na innem polu pracy. Obok prowadzenia walk religijnych i wydawania pism treści filozoficzno-teologicznej, zajmuje się filozofją, historją, filologją, astronomją i sztuką. W pierwszem pokoleniu występują trzej bracia: Andrzej († 1622), Stanisław († 1633) i Krzysztof († 1624), wyłącznie poświęcając się teologji. Ostatni z nich bierze za żonę Otwinowską, z rodziny, stojącej wysoko pod względem umysłowym, a syn z tego małżeństwa, Krzysztof († 1648) oddaje się sprawom religijnym. W trzeciem pokoleniu: Stanisław († 1675) uprawia; astronomję, historję i teologję; w czwartem: Bohdan i Krzysztof († 1729) zasłynęli, jako malarze.

Autor przytacza również przykłady wzmożonego dziedziczenia inteligencji w rodzinach, w których tak miecz, jak i kądziel odznacza się wybitnemi zdolnościami. Do rodów takich należą Czaccy i rodziny z nimi spokrewnione. Pierwsze pokolenie reprezentuje Szczęsny, podczaszy koronny, cieszący się wielką popularnością i jego żona, Katarzyna z Małachowskich, córka Jana, kanclerza wielkiego koronnego i siostra Stanisława, marszałka Sejmu 4-letniego. Wielki zasób wiadomości, poczucie obowiązków obywatelskich wnosi ona w dom, którego nazwisko przybrała, a szczęśliwym wynikiem tego połączenia jest syn, Michał, podczaszy koronny († 1828), autor pism treści moralnej i pamiętnika, obejmującego czasy Sejmu Czteroletniego. Drugi syn, Tadeusz († 1813), wielki reformator szkolnictwa, znany jest również jako historyk, numizmatyk, bibljograf i t. d. W trzeciem pokoleniu Feliks († 1862), syn Michała, jest autorem studjów historycznych. Pokolenie piąte reprezentuje ks. Włodzimierz († 1888) kardynał, luminarz Kościoła, niepospolity pisarz

dyplomatyczny. Po kądzieli cechy te przechodzą na córkę Szczęsnego, podczaszego koronnego i kanclerzanki, Antoninę, która zostaje żoną Krasińskiego, starosty Opinogórskiego: Syn jej (trzecie pokolenie) hr. Wincenty jest znanym literatem i wojownikiem, wnuk (pokolenie czwarte) Zygmunt, jednym z największych poetów polskich. Również i prawnuczka (pokolenie piąte), Marja hr. Raczyńska, zmarła w zaraniu życia, zdradzała po wieszczu niepospolite zdolności literackie. Tutaj występuje również fatalna dziedziczność skłonności do gruźlicy po staroście Opinogórskim, a po generałowej Wincentowej Krasińskiej, z domu Radziwiłłównej, usposobienie do chorób nerwowych, które obarczają patologicznie następne pokolenie.

Wyżej wspomniałem, że autor wskazuje na dziedziczenie inteligencji i wykształcenia, które było przywilejem duchowieństwa i warstwy społecznej przewodniczącej narodowi. Pomijam tu omówienie częstości przechodzenia cech rodziców na dzieci i na boczne linje, gdyż statystyka odnośna nie jest przekonywująca, szczególnie przy niezbyt obfitym materjale. Na ogólną liczbę niespełna 27,150 osób, dziedziczenie inteligencji występowało w około 25%, lecz i ta liczba nie jest dokładną, gdyż nie u wszystkich, a zwłaszcza u młodszej generacji można to prześledzić i obliczyć.

Co do przekazywania potomstwom zboczeń umysłowych, nazwanego przez autora dziedzicznością psychjatryczną, to ulega ono tymże prawom, co i wyżej przytoczone dziedziczenie inteligencji, z tą tylko różnicą, że wniesiony do danego gniazda kapitał patologiczny jest bardziej stały. Autor przyjmuje według Krafft-Ebinga, że przekazywanie choroby nie odbywa się według pewnej normy, lecz wykazuje wielką różnorodność objawów chorobowych. Tylko przy równoczesnem dziedziczeniu po ojcu i po matce powtarza się częściej ta sama postać chorobowa, z takimże przebiegiem i ubocznemi zjawiskami, jak popęd do samobójstwa, skłonność do alkoholizmu i t. p.

Autor słusznie podniósł już przed przeszło 40 laty to, co stało się obecnie podstawą wiedzy lekarskiej, że większość chorób przypisać należy dziedziczeniu, nie pomijając innych ważnych czynników. Przekazywanie potomstwu chorób umysłowych według genealogji patologicznej Rollego wynosi 75%; w 25% nie znalazł na to dowodów, w przeciwnym razie przypisywałby wszystkie choroby umysłowe obciążeniu dziedzicznemu. Wyróżnia on cztery rodzaje dziedziczenia:

1) dziedziczenie pojedyńcze, t. zn. najczęściej spotykane przechodzenie odmiany pierwotnej z ojca na syna, z matki na córkę.

2) przekazywanie uboczne chorób umysłowych, t. j. ze stryja lub ciotek; jest to objaw głębszego, poważniejszego zwyrodnienia.

3) dziedziczenie zwrotne, atawizm, które badał (studjując) na podstawie tradycji i podań, bliższe i dalsze pokrewieństwa. Siła atawizmu słabnie według Rollego w dalszych pokoleniach, zwłaszcza, gdy ród znajduje się w szczęśliwych, dogodnych warunkach.

Według autora, opierającego się na zapatrywaniach Ribot, atawizm może występować i po stu pokoleniach; np. hodowcy zwierząt domowych dla usunięcia powrotu pewnych cech potrzebują conajmniej 8—10 pokoleń. Na podstawie obserwacji przechodzenia dziedzicznego pewnych form, kształtów i zboczeń umysłowych, autor przez analogję stara się dowieść prawa zwrotnego dziedziczenia chorób. Oparł on swe wywody na powtarzających się wśród szlachty podolskiej typów ormiańskich, choć krew przybyszów zmieszała sie z nią najczęściej po kądzieli i to przed 150 laty. Wiadomo, że Ormianie na Podolu rosyjskiem najdłużej ostali się w Kamieńcu; z innych miasteczek, z wyjątkiem Mohylowa, wynieśli się wcześniej. Krzyżowanie tej wschodniej rasy ze słowiańską zaczęło się około 1730 roku, a w lat 50 urosło do znacznych rozmiarów tak, że na schyłku XVIII stulecia koloniści ci wsiąkli w ludność miejscową. Przyczyniło się do tego i to, że na świat przychodziło więcej dziewcząt, niż mężczyzn. Ponieważ panny były posażne, a u poważniejszych kupców rozwinęło się zamiłowanie do gospodarki rolnej, często więc dochodziło do małżeństw między szlachtą okoliczną a bogatemi Ormiankami. Pierwsze i drugie pokolenie nosiło jeszcze cechy rasy wschodniej, potem brała przewagę rasa słowiańska. Mieszańców tych Rolle tak charakteryzuje: „o pokaźnym wzroście, silnej budowie ciała, twarzy okrągłej, nosie kartoflowatym, oczach jasnych, błękitnych, włosach prawie płowych". I naraz—powiada autor—w 7 lub 8 pokoleniu pojawia się typ zupełnie odmienny: przysadkowaty, krępy, ale płaski tułów, osadzony na niezgrabnych nogach, głowa pokryta kruczym, kędzierzawym włosem, czoło niskie, oczy wypukłe, ciemne, nos ogromny, na bok pochylony, zarost twarzy gęsty, zajmujący całe policzki i t. d, jednem słowem klasyczny wizerunek pierwotnego wychodźcy ormiańskiego, jakim go nam odmalowały współczesne pamiętniki. Po sprawdzeniu łatwo się przekonać, że prababka była córką przybysza z za Araratu; i to powtarza się dość często. Podobne podobieństwo typów antropologicznych stwierdził piszący

te słowa wśród innych narodowości, np. między Rosjanami i Buriatami w Kraju Zabajkalskim, lub Rosjanami wschodnich połaci i Finnami (Wotiakami), mającymi wspólne pochodzenie. Podaję jeszcze inny przypadek, nie wyjątkowy, ale bardzo uderzający, w którym nie rasa wpływała, jak dowodzi Rolle, lecz życia koleje. Po zniesieniu Unji w gub. podolskiej wiele rodów rozpadało się na dwa odłamy. Jeden zostawał wierny obrządkowi łacińskiemu, drugi greckiemu. Różnice religijne przyczyniały się więc do wytworzenia jakby dwóch narodowości o podobnych typach morfologicznych. Nieraz też już w czwartem pokoleniu spostrzegawczy autor nie mógł nie zwrócić uwagi, że ma przed sobą dwie odmiany tego samego typu o uderzającem ze sobą podobieństwie: Polaka, syna bogatego ziemianina i syna wiejskiego parocha. U obu czoła wyniosłe, nosy kształtne, oczy rozumne,—wczesne, słabe łysienie. Trzy pokolenia zamożnego szlachcica i wiejskiego parocha nie wykazywały podobieństwa, lecz kiedy byt duchowieństwa zmienił się na lepsze, występują w potomstwie cechy ukryte (recesywne) przodka. W swoich cennych spostrzeżeniach nasz lekarz prowincjonalny zwraca uwagę, że obok cech morfologicznych przekazują się dziedzicznie i sprawy patologiczne w mózgu.

Wkraczając znowu w heraldykę, autor wskazuje, że w rodzie, noszącym wspólne nazwisko i będącym jednego herbu, podzielonym od czasów niepamiętnych, tak że tradycja nawet o tem zaginęła, na kilka konarów, spostrzegał te same choroby dziedziczne. Pierwszy ród wygasł po mieczu, drugi ostał się, podlegając podobnym chorobom (szaleństwo ostre, przechodzące w d e m e n t i a p a r a l y t i c a). Obłąkani żyli po lat kilkadziesiąt, lecz kiedy w jednej rodzinie, zamożniejszej, podlegały chorobie umysłowej przeważnie kobiety, w drugiej, uboższej, chorowali mężczyźni.

Oddzielnie autor omawia dziedziczność podwójną, po ojcu i po matce, która występowała w całym szeregu pokoleń dotkniętych różnorodnemi chorobami umysłowemi. Doprowadzało to do zupełnego wygaśnięcia rodu, co następowało tem prędzej, im dziedziczność była więcej złożona i im częściej do drzewa genealogicznego przybywały nowe konary, obarczone chorobą. Wygasanie odbywa się według pewnej modły: najprzód wymiera połowa męska, schodząc ze świata nieraz we wczesnem dzieciństwie. Niekiedy choroba oszczędza jedno pokolenie, by w następnem wybuchnąć ze zwiększoną siłą; połowa żeńska opiera się dłużej, niekiedy skutecznie. Wygasaniu rodu towarzyszą rozmaite sprawy patologiczne, t. zw. so-

matyczne. Z zestawionych drzew genealogicznych badacz nasz podaje kilka ilustrujących te wywody faktów.

Tak np. do rodu Kalinowskich dziedzictwo przeszło po Strusiach. [1]) Jerzy Struś, dzielny kasztelan halicki, z żony, Łuszczewskiej z domu, zostawił dwie córki, bogate dziedziczki kresowe. Helena, starsza, była zakonnicą, młodsza, Elżbieta, niespełna rozumu, „pobożna pani", według kroniki współczesnej, wyszła za Walentego Aleksandra Kalinowskiego, starostę kamienieckiego, który na ziemiach ukraińskich dorobił się majątku. Z małżeństwa tego urodziło się 4 córki i 3 synów. Najstarsza, Zofja, żona Rewery Potockiego, może wskutek szczęśliwego doboru płciowego — Potoccy bowiem najmniej liczyli obłąkanych w swojem bujnie rozrosłem gnieździe— została protoplastką dwóch linji: łańcuckiej i tulczyńskiej; pozostawiła więc męskich potomków. Druga, Marjanna Helena, primo voto Mikołajowa Potocka (bezdzietna), secundo voto żona Janusza Prusinowskiego, podkomorzego bełzkiego, z którym jedną córkę powiła, tertio voto Stanisławowa Bogucka, kasztelanowa sądecka, w tem ostatniem małżeństwie była znowu bezdzietną. Trzecią, Dorota, żona Mikołaja Herburta, kasztelana kamienieckiego, miała dwie córki. Czwarta, Izabella, wyszła za Jana Kazimierza Stadnickiego. Tutaj występuje dziedziczenie podwójne: sama była obciążona po matce, Strusiównie, gdy mąż otrzymał usposobienie neuropatyczne po ojcu, ulegającym omamom i złudzeniom wzrokowym i słuchowym. [2]) Małżeństwo to miało 2 córki i 3 synów. Najstarszy, Adam, łączył rozwiązłość z pobożnością; zmarł kawalerem, mając lat 36. Najmłodszy zeszedł również bezpotomnie w 26 roku życia; średni, Marcin, wojewoda czernichowski, hetman polny koronny, podobnie jak bracia, spadkobierca ogromnej fortuny, ożeniony z Heleną, ks. Korecką (rodem wygasającym), był jak dziecko niecierpliwy, w zdaniu zaciekły, całe życie lubieżnik. Kubala tak go maluje: „rządził się tylko swemi namiętnościami. Oczy małe, świecące poza bujnemi rzęsami, policzki wypieszczone, twarz porysowa-

---

[1]) Autor obala tu błędy herbarza Niesieckiego o tym, jak i o innych rodach, wygasłych za jego czasów.

[2]) Miał on zatarg z Herburtem, który pewnej nocy 1605 roku oblegał go w zamku. Tu modląc się gorąco ma wizję: widzi św. Ignacego Lojolę († 1556 r.), założyciela Soc. Jesu i rozmawia z nim długo. Później pojawia się mu we śnie Matka Boska, płaszczem osłaniająca jego zamek, nad którym unosił się „biret kwadratowy". Przy pomocy niebieskiej pokonał też nieprzyjaciela i pojmał Herburta. Było to w czasie, gdy robiono starania o zaliczenie Lojoli w poczet Świętych. Chorobliwie nastrojona wyobraźnia Stadnickiego szukała opieki w przyszłym Świętym.

na wyrazem najsprzeczniejszych uczuć, które, jakby demony, jego nerwami targały. Wszystko to były ślady tego dzikiego ognia, który w jego starych piersiach płonął". W 60 roku życia zakochał się w pięknej Rozandzie Lupulównej i dla niej naraził Rzeczpospolitą na olbrzymie straty, jakie poniosła pod Batogiem, oraz opłacił tę miłość ofiarą życia jedynaka. Ostatnią zimę spędził w Bracławiu, walcząc więcej o względy Lupulównej z Tymoszką Chmielnickim, niż z groźnym nieprzyjacielem. Równocześnie siał zgorszenie ucztami z licznemi dziewkami „z których można było pułk cały wysztyftować". Osobnik ten starał się nawet za swą lubieżność odpokutować, budując kościoły i klasztory. Za swą niestałość w zdaniach, dumę i lekceważenie — powiada autor — nie był lubiany i mówiono o nim, że „ani myśleć, ani słuchać nie umie".

Samuel, oboźny koronny, wnuk Strusiówny, zginął pod Batogiem, zostawiając trzech synów. Dwóch umarło w dzieciństwie; najmłodszy, Marcin, Adam, starosta gniewkowski, prawnuk Strusiówny, doczekał się lat średnich. Zostawił on z Krystyny z Zebrzydowskich jedną córkę, a więc po mieczu wygasa na nim ród po latach 75. Jedynaczka, Helena, wyszła za mąż za Stanisława Morsztyna, wojewodę sandomierskiego († 1728), z którym miała córkę, zmarłą w stanie panieńskim. Ród więc po mieczu i po kądzieli wygasł ze śmiercią trzech młodszych córek Strusiówny, a ogromna fortuna Kalinowskich przeszła na Potockich, pochodzących od najstarszej z sióstr, Zofji, żony hetmana Rewery. W opisanym tu rodzie obłąkanie ze strony kobiecej daje zboczenia, ujawniające się następnie w potomstwie; drugie pokolenie reprezentuje 3 męskich osobników, z których jeden z konstytucją neuropatyczną zostawia spadkobiercę, będącego jednym przedstawicielem pokolenia trzeciego; w czwartem znajdujemy trzech osobników męskich, na których ród po mieczu wymiera.

Innym typem wymierania rodu z powodów patologicznych są ks. Ostrogscy. I tu również dłużej utrzymują się kobiety, przyczem najpierw usycha pień główny, a potem boczne konary, choć są przeszczepione na grunt żyźniejszy, zdrowszy. Wielce pouczające jest rozpatrzenie dziejów ostatnich pokoleń tego historycznego rodu, mimo, że autor, z powodu skąpych źródeł, jakie pozostały z przeszłości rodu, nie może wykazać przyczyny zboczeń w nim występujących. Pojawiające się początkowo w rodzie Ostrogskich formy t. zw. „nerwic umysłowych", o cechach podniecenia lub przygnębienia, przeobrażają się następnie w zwyrodnienia, występujące prze-

ważnie pod postacią obłąkania religijnego, któremu towarzyszą marzenia senne, przywidzenia, złudzenia, omamy, z przytłumieniem, a nawet z zupełnem zniesieniem czucia (anasthesia). Pobożność, pociągająca za sobą umartwienia, przy nadużyciach wszelkiego rodzaju, podkopały organizm, zmniejszając jego odporność na „wstrząśnienia" i wytwarzając stan patologiczny, którego następstwem było wygaśnięcie rodu. Spory poczet Ostrogskich poświęcił się życiu klasztornemu. Jeden z protoplastów, Fedor, rzuca uciechy światowe i w sukni zakonnej, pod imieniem Feodosja, spoczywa w Ławrze kijowskiej. Żona jego, Agafja, wstępuje również do zakonu, w którym przyjmuje imię Agrypiny; Fedor Aleksander umiera w monasterze św. Bazylego. Wasyl, inny przedstawiciel tego rodu (1430), miał dwóch synów: Iwana Krasnego ks. Ostrogskiego (1505) i Jurja (Jerzego) ks. Zasławskiego (1496). Jeden z następców ostatniego, Andrzej, uznany był przez rodzinę i stany za „niespełna rozumu". Bratem jego stryjecznym jest jedynak wspomnianego Iwana Krasnego, Konstanty, wojewoda trocki i hetman wielki litewski (1530); dzieci tego ostatniego obciążone są ubocznie. Według dawnych kronik, na podstawie których opisuje go autor, był on „konstytucji słabej, drobnej statury, wątły", zdobywa jednak w kraju najwyższe zaszczyty. Z pierwszej żony, Tatjany ks. Holszańskiej, urodził mu się syn, Ilja, z drugiej, Aleksandry Słuckiej, Wasyl Konstanty. Druga żona dotknięta była melancholją o podłożu religijnem, oddawała się całkowicie życiu klasztornemu według obrządku wschodniego. W drugiem pokoleniu występują zboczenia umysłowe. Ilja, najstarszy w rodzie, żyje krótko; kroniki wspominają o nim niewyraźnie. Był on starostą bracławskim i winnickim (od r. 1530), bił się z dziczą ordyńską i miał przygody sercowe. Siostra jego była zaręczona z synem ks. Jerzego Radziwiłła, lecz ojciec nie życzył sobie tego związku. Niedoszły teść zaskarżył go u króla w r. 1537. Ilja mieszkał wówczas w Krakowie, prowadził życie wielkoświatowe, żył na dworze z królewiczem Zygmuntem Augustem, a Zygmunt Stary przeznaczył go wtedy na męża Beacie Kościeleckiej, urodzonej z Katarzyny Telniczanki, Ślązaczki, a właściwie swej córce. Ślub ich odbył się w r. 1539; Ilja, umiera w kilka miesięcy po ślubie, niedoczekawszy się rozwiązania żony. Pozostała po nim wdowa powiła córkę, Elżbietę, znaną w dziejach pod imieniem Halszki. Miała ona wnieść według naszego historyka w dom starszej linji Ostrogskich usposobienie do chorób umysłowych. Brat Beaty, Zygmunt August, hipochondryk, ulegał napadom zadumy, połączonej ze złudzeniami

zmysłów. Sama Beata była dotknięta obłędem pieniackim; pod koniec życia zniedołężniałą zupełnie pod względem umysłowym osadzono w zamku Kesmarskim: córka więc jej przyszła na świat obustronnie obarczona. Dopełniały miary jeszcze inne okoliczności, przyczyniające się do tego, że uległa szaleństwu, które przeszło w psychosis maniacalis depressiva. Umiera obłąkana w Ostrogu, nie pozostawiając potomstwa.

Wasyl Konstanty, młodszy brat Ilji, wojewoda kijowski, najbogatszy pan Rzeczypospolitej, żeni się z Zofją Tarnowską, córką hetmana, Jana Magnusa, i z nią, obok zachodniego poloru, obarcza rodzinę gruźlicą; rodzeństwo jej umiera na suchoty: Jan Krzysztof, kasztelan wojnicki, w 30 roku życia, drugi, Jan, kanonik krakowski, w jeszcze młodszym wieku. Sama schodzi ze świata na tę samą chorobę. Małżonek jej, dotknięty manją wielkości, utrzymuje wśród służby wojewodę, płacąc mu pensię poł miljona złotych, po cerkwiach wznosi bronzowe konfesjonały, w których przesiaduje w czasie nabożeństwa, a nie ma środków na restaurację zamku kijowskiego i musi zaciągnąć dla jej przeprowadzenia pożyczkę, nie płaci przez 26 lat do skarbu podatków podymnych, wskutek czego urastają one do olbrzymiej na owe czasy sumy 2,600,000 zł., za co otrzymuje w r. 1587 pozew od króla Zygmunta III. Pod względem religijnym niestały, to przechyla się na stronę unji, to znowu łoży ogromne sumy na druk biblji, która uwieczniła jego imię. Uczony, a jednocześnie utrzymuje na dworze błazna, wprawiającego go w zachwyt swem obżarstwem. Chociaż wykształcony, walczy ze swym średnim synem: za to, że przeszedł on na katolicyzm, zrywa z nim i nasyła mu mnichów, by go nawrócili. Terroryzując syna, wpada w przemijający szał. Ogólna fama niosła, że książę miewał w nocy „czarną chorobę". Usposobienia był nierównego, chwiejny w postanowieniach, a przytem uparty. Duchowy stan jego tak przedstawia nasz historyk: „niekiedy dziki, jak barbarzyńca, chwilami skąpy, to znowu rozrzutny, w zapalczywości nieubłagany, to znowu pokorny i łagodny, posiadał charakter o cechach neuropatycznych". Dzieci jego wykazują objawy zwyrodnienia umysłowego, a wnukowie zwątlenie organizmu. Synów zostawił trzech (trzecie pokolenie): Janusz, kasztelan krakowski, fanatyk, samotnik, mimo czynności w życiu publicznem, rad wymykał się do klasztoru w Międzyrzeczu, zbudowanego własnym kosztem, w którym potem zamknięty w celi większą część życia przepędził. Umarł, mając lat 66, a kronikarz w opisie jego choroby podaje szereg objawów, świadczących o istnieniu umysłowego zboczenia; umie-

rając więcej się troszczył o swe skarby, niż myślał o Bogu i zbawieniu duszy. Jedyny syn Janusza, Jan Włodzimierz, ledwie lat kilka przeżył ojca; pozostały tylko 3 córki.

Starszy brat Janusza, Konstanty, podczaszy litewski, dziwak, rozpustnik, był zarazem obłąkanym: napastują go widziadła senne, w których ukazuje mu się sędziwy starzec, zachęcając go do życia wstrzemięźliwego i porządnego, lecz to nie pomaga. Z żoną, Aleksandrą z Tyszkiewiczów: nie ma dzieci; pożycie z nią nie było dobre, bo wciąż ucieka od niej do Berezowa na Polesiu. Pojawiający się starzec pozostawia mu wreszcie tylko trzy lata życia. Ten sam duch przychodzi do niego jeszcze raz przed śmiercią, dla zadokumentowania, że dotrzymał słowa. Konstanty umiera w 33 roku życia; przed zgonem ludność widziała nad pałacem osobę z rękami wzniesionemi w niebo, która znikła z chwilą, gdy książę zakończył życie. Zjawę tę przypisuje autor obłędowi, udzielającemu się otoczeniu (folie à deux), powstałem pod wpływem nieustannych wizyj księcia. Najmłodszy z synów Konstantego, Aleksander, wojewoda wołyński, człowiek dumny i burzliwy, nieprzystępny i surowy dla poddanych, życie zakończył w czasie objazdu swych dóbr wołyńskich, podobno skutkiem wypicia napoju, zaprawionego trucizną miłosną. Żona Aleksandra, Anna Kostczanka, nadzwyczaj pobożna, w ciągu 11-letniego pożycia z mężem, miała 8 dzieci: 5 chłopców i 3 dziewczyny. Chłopcy zmarli w wieku dziecięcym lub pacholęcym. Jeden z nich strzelał do Pisma św., co w epoce głębokiej wiary przypisać trzeba zboczeniu umysłowemu; inni synowie Aleksandry pomarli oddając się wyuzdanej rozpuście. Wogóle w całem wymierającem po mieczu pokoleniu Ostrogskich występuje podniecenie sfery seksualnej. Ród Ostrogskich wygasa ze śmiercią synów Aleksandra, w roku 1620.

Z córek wojewody wołyńskiego Anna Aloiza, żona znakomitego wodza Jana Chodkiewicza, owdowiała po dziewięciu miesiącach pożycia małżeńskiego, w 22 roku życia. Oddana praktykom religijnym, ulegała omamom zmysłowym, przeważnie słuchu: Chrystus z obrazu miał do niej przemawiać, nawołując ją do pogardzenia światem. Ciało swoje dręczyła rozmaitemi umartwieniami, modliła się, chodziła boso, krzyżem leżała, zalewając się łzami, nosiła kajdanki, a na gołem ciele drucianą koszulkę. W pałacu założyła szkołę wychowawczą dla adeptów obrządku łacińskiego, zbierając w niej dzieci żydowskie, tatarskie i tureckie. Portret jej przedstawia typ o ognistym temperamencie, zamknięty w sobie i fanatyczny. Za życia jej

opowiadano o niej różne rzeczy, tak np., że raz, będąc w ogrodzie, wprowadziła wszystkich w podziw, rozcinając owoce, w których znajdywała we środku misternie wyrobiony krzyż. Apologiści utrzymywali, że przepowiedziała sobie dzień zgonu. Rozgłośny ród, gorliwość jego religijna, hojne ofiary, składane na Kościół, były to sprzyjające warunki, by uznać Annę Aloizę za świętą. Do tego jednak nie doszło, gdyż Kościół miał wiarygodne przypuszczenia o umysłowem zboczeniu księżny.

Po omówieniu przykładów historycznych dziedziczności zboczeń umysłowych, przy obciążeniu tak ze strony ojca, jak i matki, przechodzi autor do opisu przypadków, które sam obserwował u kilku pokoleń. Tak np., jedno z małżeństw, w którem mąż był dziedzicznie obarczony (brat jego stryjeczny, głośny swego czasu autor, był furjatem), a żona uległa w sędziwym wieku zboczeniu umysłowemu, miało czterech synów, reprezentujących pokolenie drugie. Synowie ci, umysłowo zdrowi, pokończyli wyższe zakłady naukowe i zajęli wśród ziemian wybitne stanowiska. Pierwszy z nich nie zostawia wcale potomstwa; inne mają dzieci, będące przedstawicielami trzeciego pokolenia. Drugi ma dwóch synów i dwie córki: starszy z synów umiera na płonicę, której towarzyszą przypadłości mózgowe, drugi jest bezdzietnym alkoholikiem; z córek starsza kończy życie w stanie panieńskim, młodsza wychodzi zamąż i ma zupełnie zdrowe dzieci (pokolenie czwarte—po kądzieli).

Trzeci z synów tego małżeństwa, dotkniętego zboczeniem umysłowem, żeni się z kobietą obarczoną gruźlicą. Z małżeństwa tego przyszło na świat czworo dzieci; z tych przedstawicieli pokolenia trzeciego najstarszy jest psychopatą, umiera mając lat 42, pozostawiając dwie córki (pokolenie czwarte—po mieczu). Drugi, neurastenik cierpiał w dzieciństwie na chroniczne wodogłowie; umiera w stanie bezżennym, przeżywszy 36 lat. Trzeci kończy śmiercią samobójczą w 22 roku życia. Córka, znana powszechnie z dziwactw histeryczka, zostaje starą panną.

Ostatni z przedstawicieli drugiego pokolenia żeni się z córką głuchoniemego. Z małżeństwa tego rodzi się dwóch synów i córka. Synowie, obaj obłąkani, kończą życie we wczesnej młodości. Córka, o ograniczonych zdolnościach umysłowych, wyszła za człowieka, mającego w rodzinie kilku obłąkanych. Z dzieci ich, przedstawicieli pokolenia czwartego — lecz tylko po kądzieli — najstarszy syn jest idjotą, inni wykazują wielką nerwowość.

W drugiem spostrzeżeniu choroby umysłowe pochłaniają mę-

skich przedstawicieli dwóch głośnych rodów, pozostawiając w pokoleniu trzeciem jedynie potomstwo po kądzieli, otrzymujące w spadku wraz z dostatkiem i usposobienie psychopatyczne. Pierwszy ród w XV w. występuje na kresach, wiernie służąc Rzeczypospolitej, lecz już w połowie XVII w. wydaje tylko umysłowo chorych; potęguje się to od czasu, gdy jeden z protoplastów pojął za żonę kobietę psychicznie obciążoną. Z tego stadła pochodził syn, idjota, zmarły w stanie bezżennym i dwie córki, dotknięte „obłąkaniem ogólnem" (mania generalis). Mimo to obie wyszły zamąż; syn starszej, jednak, dotknięty zniedołężnieniem umysłowem, umiera kawalerem. Młodsza miała trzech synów i córkę. Z synów dwaj kończą życie w zakładzie dla obłąkanych, trzeci w późnym wieku opuścił dobrowolnie kraj i mimo posiadania ogromnego majątku, umiera w ostatniej nędzy na obczyźnie. Siostra owych trzech braci, również umysłowo upośledzona, wstępuje w związek małżeński, z którego pozostawia dwie córki; doczekała się także dwóch wnuczek. Pięć więc pokoleń, na które składa się 20 osób, wydało około 55% obłąkanych, co jest rzadkiem zjawiskiem.

Spostrzeżenie następne stanowi jakby wyjątek; nie daje się ono podporządkować pod prawa dziedziczności, nazwanej przez Rollego podwójną, choć w wynikach zbliża się do niej. Obejmuje ono tylko dwa pokolenia. Rodzice zdrowi i nie pamiętają, by w poprzednich pokoleniach mieli jakichkolwiek powinowatych obłąkanych. Matka pochodziła z rodziny suchotniczej: całe jej rodzeństwo wymarło na gruźlicę. Ojciec, ubogi oficjalista, pod względem religijnym trochę fanatyk, przypisywał nieszczęścia, zwalające się na dzieci, niedotrzymaniu przez siebie ślubu, złożonego przez rodziców. Poświęcili go oni do stanu duchownego, a on tego nie spełnił. Był to człowiek pracowity, sumienny, lecz gwałtowny i w obcowaniu szorstki. Rodzina składała się z 5-ciu synów i córki. Ta ostatnia zmarła skutkiem przypadkowego zatrucia. Z synów najstarszy ukończył gimnazjum i wstąpił do seminarjum duchownego, z którego po roku występuje i odbiera sobie życie przez powieszenie. Najmłodszy studjował prawo. Posiadał on zdumiewające zdolności, uzyskał veniam docendi w jednym z uniwersytetów rosyjskich; w wigilję wyjazdu zagranicę dla dalszego kształcenia się również się powiesił. Trzeci, wykwalifikowany prawnik, był alkoholikiem. Czwarty, profesor matematyki, jest bezdzietnym, a piąty, który także uczył matematyki, kawaler, wpada w obłąkanie i kończy życie w zakładzie dla umysłowo chorych. Tak więc ród ten wygasł zupełnie podobnie, jak rody dzie-

dzicznie obciążone skłonnością do chorób umysłowych, choć dziedziczności tej nie udało się autorowi wykryć.

Wygasanie rodu poprzedza zwykle pojawienie się w większej ilości zboczeń umysłowych, cierpień nerwowych, zmian patologicznych, przyczem nieraz występuje u osobników, ulegających potem obłąkaniu, czy też nieprawidłowościom pokrewnej natury, spotęgowanie zdolności umysłowych. Spostrzeżenia odnośne obejmują ogółem 76 osób (♂ 48, ♀ 29), należących do 2—5 pokoleń. Obłąkanie wśród nich znajdujemy 18 razy (♂ 13, ♀ 5), stany psychopatyczne 7 (♂ 5, ♀ 2), najrozmaitsze cierpienia nerwowe 11 (♂ 2, ♀ 9), samobójstwo spotyka się tylko u mężczyzn. Autor obok choroby uwzględnia w tych spostrzeżeniach wykształcenie i zawód obserwowanych.

Związki małżeńskie między krewnemi utrwalają zdaniem autora dziedziczność w rodzie. Były one oddawna praktykowane, choć już w XVI w. powiada kronikarz, że podobnym związkom „Pan nie błogosławi, jako przeciwnym ustawom, i dom taki skazany jest na zagładę"; mniemanie to dotychczas jeszcze panuje.

Historyk nasz w swych tablicach genealogicznych odszukał na 437 małżeństw 49, t. j. 10,2%, zawartych między krewnemi. U Żydów takie łączenie się jest pospolite i nawet istnieje przysłowie: „łączą się, jak Żydzi". Podobne związki obserwował też Rolle wielokrotnie wśród Żydów, zamieszkałych u dawnej ściany wołoskiej. Wchodziły tu w grę pieniądz i pochodzenie, t. j. ród i fortuna. Autor sądzi, że jeżeli wśród potomstwa z takich związków nie można było zauważyć obłąkania, to tylko dlatego, że osobniki skłonne do chorób umysłowych wymierały wcześniej na inne choroby. Rozwodzi się on długo nad tem zagadnieniem, przytaczaiąc przykłady niemocy płciowej i bezdzietności małżeństw, jednakże te nie są dość przekonywujące, gdyż już od czasów niepamiętnych, Żydzi zawierają podobne związki, a mimo praktykowania ich przez tysiące lat, nie wywołały one wymierania tego narodu, a nawet przeciwnie, należy on do najpłodniejszych na kuli ziemskiej.

Pomimo tak groźnych dla potomstwa skutków dziedziczności chorób umysłowych, jak również i alkoholizmu, doprowadzających w końcu do wygaśnięcia rodu, jak to można obserwować na przykładach, podawanych przez autora, istnieje jednak z tego ciężkiego i zdawałoby się beznadziejnego położenia wyjście, przedstawiające lepsze i szczęśliwsze horoskopy dla przyszłych pokoleń. Wyjściem tem są małżeństwa, wiodące do poprawy rodów i podtrzymania ich dalszej egzystencji. Jednem słowem, jeżeli dziedziczenie jest prawem,

nie ulega wątpliwości, że prawo to może ulegać pewnym zmianom, prowadzącym w sprzyjających warunkach do pomyślnych rezultatów. Tak np. wspomina Rolle o pewnym rodzie książęcym, który liczy, według zasługujących na wiarę dokumentów, 450 lat istnienia. W rodzie tym często zdarzały się wypadki zboczeń umysłowych; nie mógł on sobie wywalczyć wybitniejszego stanowiska w szeregu innych rodów z nim rywalizujących, gdyż obok skłonności do chorób psychicznych, występował w rodzie tym brak zdolności i częste otępienie umysłowe. W ostatnich jednak pokoleniach odstąpił on od przyjętego zwyczaju szukania żon w sferach arystokratycznych swej warstwy, a zaczął je brać ze stanu średniego. Córki również wstępują w związki małżeńskie z drobiazgiem szlacheckim, co miało przy umiejętnym doborze i krzyżowaniu rasy wprowadzić świeże pierwiastki w ten ród i uratować go od najrozmaitszych chorób nerwowych i zboczeń umysłowych, grożących wygaśnięciem; odgrywa tu znaczną rolę odpowiednie i stosowne wychowanie. Poprawa nie następuje odrazu, lecz bardzo powoli, przez szereg pokoleń. Przychodzący na świat podlegają łagodniejszym formom chorób umysłowych, miejsce ustalonych form obłąkania zajmują słabe objawy zwyrodnień psychicznych, a w końcu pojawiają się już tylko dziwactwa, roztargnienia, oryginalność w stroju, zapatrywaniach lub postępowaniu; są to jakby ostatnie objawy dziedziczności chorób umysłowych. Nowe pokolenie zwykle bywa już wolne i od nich, co autor spostrzegał przy rozpatrywaniu genealogij patologicznych.

Oto są rezultaty, jakie nam pozostawił dr. Rolle po przeszło 30-letnich studjach, przeprowadzonych na podstawie obserwacyj wielu pokoleń żywych i na materjałach, zaczerpniętych z archiwów rodowych. Są to cenne dane historyczne i psychjatryczne, mające wielkie znaczenie nietylko dla lekarza i historyka, lecz i dla genetyka-antropologa, rozszerzające nasze wiadomości o społeczeństwie ludzkiem.

Listy D-ra A. J. Rollego do D-ra J. Talko-Hryncewicza.

List pierwszy.

24/IX. 1889 r.
Kamieniec.

Czćigodny Panie Kolego,

Przed rokiem otrzymałem od Was pracę Waszą (odbitkę z Rocznika Ak. Krak.) treści etnograficznej, ociągałem się i z podziękowaniem i odpowiedzią, bom miał nadzieję, że się wywzajemnię — właśnie miałem na myśli odbitkę z „Przegl. Lekar." „O dziedziczności obłąkania" — ale mi cenzura warszawska, najniespodzianiej wypłatała figla, nie zgodziła się na rozpowszechnienie mojej książeczki. A taki sobie projekt świetny ułożyłem — myślałem tak: elukubracją

moją poszlę Dr. Jigowskiemu i będę go prosił, by mnie obdarował nową swoją pracą p. t. *Starościna Zwinogródzka* (wszak nie mylnie wypisałem tytuł!)—teraz więc pozostaje mi tylko podziękować za dawną przesyłkę i zanieść suplikę o nową, albo wskazanie mi księgarni, w której mógłbym się w nią zaopatrzyć. Wydawnictwa Krakowskie bardzo nieregularnie dostają się do mojego zakątka. lata niekiedy całe czekać na nie muszę, a Gebethner i Wolff, tacy dawniej usłużni, dziś po kilku niefortunnych z cenzurą zatargach, ostrożność doprowadzili do ostatecznych krańców — i nie dziwię się temu — miejscowa administracja najdotkliwiej ich kara pieniężną kontrybucją, a i ile słyszałem już ją kilka razy wypłacić musieli.

Raczy Czcigodny Kolega przyjąć wyrazy szczerego pozdrowienia i wysokiego uznania dla Jego prac na polu tak różnorodnem, a tak zarazem niewdzięcznem;

Sługa powolny
A. J. Rolle.

List drugi.

22/I. 1890 r.
z Kamieńca.

Czcigodny Kolego,

Bardzo dziękuję za monografję o Ostatniej Starościnie Zwinogrodzkiej, nie zawiodła mego oczekiwania, dowiedziałem się z niej bardzo wiele rzeczy nieznanych. Kolega za nadto lekceważy tę pracę, godziło by się dalej sił na tem polu próbować; przysługa to wielka dla miejscowych czytelników, bo co dla Krakowa — to dla Krakowa, choć o tych pracach, dowiedzą się kiedyś chyba nasi następcy, nakłady krakowskie bowiem, rozchodzą się bardzo leniwo, medyczne zaś spostrzeżenia giną niepowrotnie... I ja kiedyś bawiłem się antropologją, bawiłem się medycyną ludową, drukowałem to w „Tygod. Lekar." warszawskim przed 30 przeszło laty, nawet otrzymałem grubą nagrodę, rodzaj premium — 50 rubli... i na tem się skończyło, dałem pokój, po rusku pisać nie umiem, po polsku koledzy miejscowi mnie nie czytają — a prace takie mają doraźne, a nie źródłowe znaczenie. Projekt pański opisania parafji, miasteczek, kościołów bardzo jest szczęśliwy — tem bardziej teraz kiedy w prowincjach kresowych zaczynamy przybysze wymierać, w ten sposób ślad po nas pozostanie jedyny, jak w pracach Okolskiego zostały ślady daleko na wschodzie wysuniętych placówek zakonnych, owych białych mnichów, tak pięknie idących na męczeństwo. To też Kamieniec tak już zlustrowałem że nawet cmentarz miejscowy nie uszedł mojej uwagi, w 10 foliantach spornych wynotowałem wszystkie nagrobki. Powiat Kamieniecki od dawna już opisałem, w prawdzie na kartkach, czeka to ułożenia, usystematyzowania. Dla kroniki układam — zabytki malarstwa i rzeźby w świątyniach podolskich. Niech kolega to samo dla świątyń Kijowskich uczyni, po prostu skatalogowuje, nie wdając się w opisy zbyt obszerne, bardzo to ważne — bardzo, dużo może będzie niedokładności, ale wówczas łatwo je poprawić; budynków dotykać nie myślę, tylko skarby nagromadzone we wnętrzu, — płótna olejne, rzeźby, pomniki, czyje by nie były, byle przez artystów uskutecznione i t. d. Probujmy więc — może się znajdzie i dla Wołynia amator, nawet skarbca dotykać nie będę, żeby tem nie obudzić łakomstwa i apetytu wygórowanego w żarłokach.

Nareszcie doczekałem się książeczki „*O dziedziczności obłąkania*", i tę Czcigodnemu Koledze posyłam pod opaską, będzie to zbyt skromne wywzajemnienie się za przysłane mi prace.

Ze czcią najgłębszą uściskam dłoń Waszą Zacny Kolego — jako

powolny sługa
A. Rolle.

List trzeci.

28/XI. 1891 r.
z Kamieńca.

Czćigodny Kolego,

Bardzo mnie rozrzewniła pamięć Wasza o zapomnianym, bardzo... to smutne, że umierający i opuszczający placówkę, jak by na pożegnanie, składają u mnie swoje materjały do dziejów krajowych: tak uczynił Edmund Liwski, przekazując mi notaty o wojewodzinie nowogrodzkiej Ks. Jabłonowskiej, tak uczynił Juljan Kędrzycki, serdeczny śpiewak uniwersytecki, moich jeszcze czasów, Leonard Sowiński, wytrzeźwiawszy na chwilę przed zgonem, przysłał mi notatkę o kijowskiej *alma mater*; tak uczyniło wielu opuszczających kresowe prowincje, a oto z kolei i Wy Drogi Kolego ten mi smutny zaszczyt czynicie. A jeżeli mówię smutny, to nie mam na uwadze siebie i mojego osomotnienia, ale ubytek sił wyjątkowych, zużytkowanych na korzyść prowincji, które tak umiłowałem serdecznie... I doprawdy, rozglądnąwszy się dokoła, nie mam nikogo z współtowarzyszów pracy: Rulikowski, przywalony biedą — gdzieś się zawieruszył na dobre, Iwanowski z Chałaimgrodka (Heleniusz) stary nad miarę, Antonowicz — od tego chyba surowego materjalu człowiek pożądać może, Jabłonowski w Warszawie, albo gdzieś na wędrówce... Smutno mi więc, że ustępujecie, boście w koło siebie życia dużo wytwarzali, ruchu, zachęty; spotykałem Was w „Kraju" w „Przeglądzie lekarskim", w Wydawnictwach Akademji Krakowskiej, nawet gdzieś, kiedyś w rosyjskiej pracy o ślepcach z rodziny Szewczenki, obciążonych spadkobierstwem. (Jeżeli to macie — przyszlijcie mi łaskawie wszelkiego rodzaju dziedziczności, są ulubionym przedmiotem moich obserwacji); a potem nagle ucichło, jesteście w Mińszczyźnie, potem w Petersburgu odczyt, potem oczekiwana za Bajkał wędrówka, dla nauki a trochę dla chleba. Albo Wy niespokojnym duchem jesteście, choć takie właśnie niespokojne duchy wytwarzają cuda, albo istotnie nęcą jakieś wyjątkowe warunki. Naturalnie nie moją rzeczą jest badać tajemnice Waszych zamiarów, moją rzeczą jest *serdeczne* Wam przesłać życzenia, wraz z prośbą byście nie zapomnieli o życzliwym Wam koledze, i niekiedy słowem *serdecznem* go zaszczycili, a tem samem dali wieść o sobie.

Serdecznie dłoń Szanownego Pana ściska

Oddany i obowiązany sługa
A. J. Rolle.

P. S. Trzy razy wyraz „serdeczny" powtórzyłem w obrębie sześciu wierszów, to dowód, że blisko serca mam kwestję powodzenia Waszego.

Spis prac D-ra J. Rollego (1856 — 1892).

Notatki praktyczne. Zapalenie błony mózgowej (Meningitis). Zapalenie płuc (Pneumonia). Dławiec (Croup). Suchoty (Tuberculosis). (Tygod. Lekar. 1856. Nr. 19).

Zapalenie płuc bez kaszlu. Zimnice. (tam-że 1856. Nr. 36).

Krwawnice (Dysenteriae). Cholera. Choleryna (tam-że 1856. Nr. 37).

Patologia i terapia spazmów z Vallei'a (tam-że 1865. Nr. 38, 39).

Uwagi D-ra Pitta o gruźlicy (tam-że 1856 Nr. 39).

Choroby weneryczne, pierwszo-drugo i trzecio-rzędne (tam-że 1856. Nr. 45, 46).

Parch (Tinea farosa (tam-że 1857. Nr. 22).

Jod i tegoczesne jego zastosowanie w medycynie (tam-że 1857. Nr. 23).

Kilka uwag o lekowaniu rzerzączki (tam-że 1857. Nr. 3, 4).

Patologja ogólna chorób niemowlęcych (podług P. Bouchut) (tam-że 1857. Nr. 14—20).

Notatki praktyczne. Zimnica. Tasiemiec. Wysięk nieprawidłowy z jamy nosowej (tamże 1857. Nr. 47, 48).

Czerwonka (Dysenteria). Anthrax (wąglik) (tam-że 1857. Nr. 48).

Kilka uwag o przymiocie (tam-że 1858. Nr. 15, 16).

Sadza, jej rozbiór chemiczny i terapeutyczne zastosowanie (tam-że 1858. Nr. 38, 39).

Porażenie ogólne (paralysis generalis) (1859. Nr. 38—40).

Jod i tegoczesne jego zastosowanie w medycynie (tam-że 1860. Nr. 8 i 9).

Listy z Paryża (tam-że 1860. Nr. 23, 25, 27, 29—31, 35—37, 40—41, 43, 44. 1861 Nr. 11—13, 21, 22).

Powiat Mohylewski (nad Dniestrem) pod względem lekarskim 1862. Nr. 3—8).

Notatki do historji chorób wenerycznych w Polsce z krótkim poglądem na stan medycyny u nas za panowania Stanisława Augusta i w pierwszej połowie XIX wieku (tam-że 1862 i 37—39; 41—48).

Bezwład pęcherza moczowego (L'inertie de la vessic). (Kremera rozmait. lekarskie 1862. str. 22—34).

Materjały do historji prostytucji i sądowej medycyny w Polsce w XVII i XVIII w. (tam-że 1862. str. 116—139).

Uwagi nad artykułem „Rzecz o wściekliźnie przez Józefa Gluzińskiego (tam-że 1862. str. 44—70).

Nieład ruchowo-postępowy (Ataxie locomotrice progressive) (Tygod. Lekar. 1863. Nr. 13, 15, 16).

Bezwład postępowy mięśni języka podniebienia i ust (tam-że 1863. Nr. 37, 38).

Sprawozdanie z dziełka p. t. Praktyczne spostrzeżenia niektórych lekarzy zebrane przez A. F. Adamowicza (tam-że 1864. Nr. 3).

Wspólnie z A. Rothem opisał: Nieład ruchów postępowych, powikłanych wolem. (tam-że 1864. Nr. 7).

Materjały do topografji i statystyki lekarskiej Podola. O gruź-

licy spostrzeganej w Kamieńcu od 1 sierpnia 1863 r. do 1 sierpnia 1864 r. Terapja klimatologiczna w ogóle i podolska klimatologja w szczególności (tam-że 1863. Nr. 33—35. 1864. Nr. 43—47).

Materjały do topografji i statystyki lekarskiej Podola. O chorobach włościan z okolic Tulczyna gub. Podolskiej. Sprawozdania z czynności lekarskiej przy szpitalu miejskim w Kamieńcu Podolskim za r. 1863. Sprawozd. ze szpitala starozakonnych za r. 1863—1864. Warszawa i 1865. Wspólnie z Al. Kremerem. O mięsie. Warszawa. 1864.

Choroby umysłowe. Notatki z podróży odbytej w r. 1858. Część I i II. 1863. Petersburg.

Kilka uwag o przypadłościach wtórnego przymiotu. (Pam. Tow. lekar. Warszawa. T. XXXIX. 1858).

Szkic higjeny Podola oparty na jego statystyce (tam-że. T. XLIX 1863. T. I. 1863).

Sprawozdanie z czynności Tow. Lekarsk. Podolsk. za 1863 r. Warszawa 1864.

Też za rok 1864 (tam-że T. LIII. 1865).

Wspólnie z Al. Kremerem opracował Kamieniec. Plan i ulice, ścieki i kanały. (Pam. Tow. Lek. Warsz. T. LI. 1864).

Oświetlenie m. Kamieńca i jego mieszkań prywatnych. T. LII 1864.

O prostytucji miejskiej na Podolu (tam że T. LII 1854).

Choroby weneryczne (1854—1864) (tam-że LIV 1865).

Spostrzeżenia z dziedziny chorób syfilitycznych (Przegl. Lek. T. III 1864.

Zgorzelina płuc ograniczona (gangraena pulmonum circumscripta (tam-że 1864).

Materjały do topografji i statystyki lekarskiej Podola. O gorączce powrotnej (febris recurrens) panującej nagminnie w Kamieńcu w końcu 1864 i na początku 1865 (tam-że 1865).

Korespondencja z Podola (Przegl. Lek. 1866).

Doświadczenie lekarskie i obskurantyzm. Szarlatanizm lekarski (tam-że 1866).

Meningitis cerebrospinalis epidemica podług Hirscha. Berlin 1866 (tam-że 1866).

Korespondencja z Kamieńca Podolskiego. 1. Odpowiedź czternastu redaktorom Gazety Lekark. Choroby panujące. Nekrologja. 2. Choroby panujące. Lekarz truciciel. 3. Choroby panujące. Obawy cholery. Choleryna w Kamieńcu. Towarzystwa Lekarskie w Rosji w ogóle, o Kaukaskiem zaś w szczególności słów kilka (tam-że 1867).

Zakłady dobroczynne i szpitale w dawnem województwie podolskiem (tam-że 1867).

Korespondencja z Kamieńca Podolskiego (o cholerze). (Klinika 1867).

Toż (tam-że).

Materjały do topografji lekarskiej i higjeny Podola (Prostytucja). (Przegl. Lek. 1869).

Szpitale, służba zdrowia, choroby panujące nagminnie w dawnem województwie podolskiem od początku XV wieku (Dwutygodn. Higieny Publicz. 1872).

Szkice psychjatryczne (Przegl. Lekar. 1872).

Listy z Kamieńca Podolskiego (Przegl. Lekar. 1878).

Korespondencja z Kamieńca Podolskiego (O błonicy panującej nagminnie). List I i II (tam-że).

Drukarnie na kresach multańskich. Kraków 1882.

Drukarnia i sztycharnia w Berdyczowie Kraków 1872.

Do redakcji Bibljot. Warszaw. (List w przedmiocie stacji krzemiennych. Warszawa 1872.

Zameczki podolskie na kresach. Kraków 1872.

Zameczki podolskie na kresach multańskich. Wydanie drugie przerobione i powiększone przez autora. T. I, II i III. Kraków 1880. T. I i II zawiera Kamieniec nad Smotryczem. T. III. Żwaniec. Okopy św. Trójcy, Braha, Poniowce, Uście nad Dniestrem, Czarnokozińce, Bar, Mohylów, Szarogród.

Tadeusz Leszczyc Grabianka starosta liwski i Teresa ze Stodnickich jego małżonka. Lwów 1875.

Opowiadanie historyczne; Pod półksiężycem; Książę Sarmacji; Odwiedziny monarsze; Na kresach; Dwór Tulczyński; Losy pięknej kobiety; Tynna w końcu XIII w. Lwów 1876 (Bibl. najceln. powieści).

Pod krzyżem. Losy kresowego miasteczka. Wartobiet. Zemsta kozacza. Porwanie króla. Niedoszłe legiony. Lwów 1878.

Józef Ignacy Kraszewski i ks. Stanisław Chołoniewski. Lwów 1878.

Polonica, materjały do dziejów Polski w pismach rosyjskich zebrane przez ... Praca uwieńczona nagrodą przez Towarz. histor. liter, w Paryżu. Rozpr. wydz. histor.-filozof. Akad. Umiejętn. T. X. Kraków 1879.

Gawędy z przeszłości T. I. Przed wiekiem. Oficjalista dawnego autoramentu. Opryszek. Złota Teklunia. Lwów 1879. T. II. Ostatni zajazd Krescytywa. Z dziejów serca. Figiel konfederacki (tamże 1879) (Bibljot. powieści, podróży, pamiętników, opowiadań historycznych).

Kniaź Konstantin Ostrożskij i jego wremia (tłum. z polsk. Pliskiego) P-burg 1882 (Wiek. Petersburg).

Z przeszłości Polesia Kijowskiego. Opowiadanie historyczne. Dzieje szlachty okolicznej w Owruckim powiecie. Kozacy na Polesiu Kijowskiem w drugiej połowie XVII wieku. Warszawa 1882.

Opowiadanie historyczne. Ser. III. T. I i II. Karol Prozor, ostatni oboźny litewski. Antoni Nowina Złotnicki. Benedykt z Drozdowa Nowina Hulewicz, Dyzma Bończa Tomaszewski, Straszny Józef, Czartoryjscy i Repnin II. Tron książęcy za kobietę, Jak się żyło na kresach Ukrainnych przed inkursją kozacką. Jeden z wielu. Gospodarstwo naszych prababek, Niemierzyce. Warszawa Kraków 1882. Niewiasty kresowe, opowiadania historyczne. Kraków 1883.

Obrazek bez tytułu, Kalend. J. Ungra. 1883.

Opowiadania. Ser. IV. T. I. Senatorska dola. Chamska dola. Palestrant z XVII w. Pan Balcer z Godzimierza Wilga. Na szpakowatym szlaku. Gospodarstwo skarbnika Czerwonogrodzkiego w Kamienieckiej warowni. Emir Rzewuski. Początek handlu polskiego na Czarnem morzu i żegluga po Dniestrze. Jeden ze szczepów zasłużonego rodu. Kraków 1884.

Moja służba felczerska. Gaz. Lwow. Lwów 1885.

O dziedziczności obłąkania. Osobne odbicie z Przeglądu Lekarskiego z r. 1888 i 1889. Kraków 1889.

Sylwetki historyczne. Ser. VIII. Pamiętnik delegatów Kamienieckich. Po inkursji kozackiej. Bakota, jako stolica Ponizja. Państwo Wołodyjowscy. Powstawanie nazwisk rodowych u ludu małoruskiego. Kraków 1892.

Prof. Dr. J. TALKO-HRYNCEWICZ (Cracovie).

Le dernier des anciens médecins de la province.

D-r Joseph Rollé (D-r Antoni J...) pour le centième anniversaire de sa naissance (1830—1930).

L'auteur décrit la vie du d-r Rollé, descendant d'un émigrant français. Il était un élève de l'université de Kiew et s'est établi à Kamieniec-Podolski. Bientôt il se laisse connaitre comme un médecin célèbre dans toute la contrée, un grand patriote, un homme très estimé pour ses qualités exceptionnelles. Outre les travaux médicaux, il a écrit plusieurs études historiques; il était un excellent raconteur. Dans une forme littéraire, il nous présente la vie et les moeurs de nobles polonais de XVI—XVIII siècles.

Dr. JÓZEFAT BOHUSZEWICZ.
Z oddziału chirurgicznego szpitala wojskowego Wilno.

W sprawie leczenia ran przypadkowych i chirurgicznych ostrych spraw zakaźnych.

Okres wielkiej wojny światowej i następne lata były okresem szerokiej dyskusji chirurgicznej, gruntownych i licznych badań z dziedziny leczenia ran przypadkowych. Olbrzymia epidemja traumatyczna, jaką była wojna światowa, poddała ogniowej próbie dotychczas istniejące poglądy i metody i wykazała w dużym stopniu ich niedostateczność w stosunku do ciężkich zakażeń zjadliwemi drobnoustrojami, tlenowcami i beztlenowcami. Obóz chirurgiczny się zachwiał, pierwotnie wystąpiło nawet poczucie bezradności i niepewności, co dalej robić, jakich dróg szukać.

Okres ten jednak był bardzo krótkotrwały. Szereg chirurgów, bakterjologów i biologów, przedewszystkiem francuskich i amerykańskich, a potem niemieckich i innych, zabrał się do gruntownej pracy, zmierzającej do dokładnego poznania wszystkich procesów biologicznych, jakie zachodzą w ranie zakażonej, i następnie do wyszukania dróg i sposobów wpłynięcia na to, ażeby procesy te odbywały się z korzyścią dla organizmu, ażeby wspomóc w razie potrzeby siły tego organizmu w jego walce z zakażeniem.

Dane, osiągnięte w laboratorjach i pracowniach, w probówce i na zwierzętach, przeniesiono potem na ludzi, sprawdzono i przekontrolowano nie na setkach, nawet nie na tysiącach, a na miljonach rannych. Powstał szereg metód leczenia ran przypadkowych, szereg szkół chirurgicznych, które zbudowały szereg systemów tego leczenia, odbiegających nieraz bardzo daleko od wszystkiego, co uznawaliśmy za aksjomaty i w co, jako nieomylne, wierzyliśmy w czasach przedwojennych.

W miarę jednak jak zaczęliśmy się oddalać od czasów wojennych, w miarę jak znikali ostatni doleczani ranni i inwalidzi, sprawa szybko znikała z łam pism i referatów chirurgicznych, ustępując, jak zwykle to ma miejsce w czasach pokojowych, sprawom zdobyczy z wielkiej chirurgji, chirurgji aseptycznej, z techniki operacyjnej.

W tych warunkach poruszenie tej sprawy dzisiaj może wydawać się pewnym anachronizmem.

Z tem jednak zdaniem nie można się zgodzić. Sprawa ta jest nie mniej ważna dziś w czasach pokojowych, niż w czasach wojny. Przecież i w czasach pokojowych mamy szereg ran przypadkowych, mamy chirurgiczne ostre sprawy zakaźne, które przecież, wiemy, „mutatis mutandis" leczą się według tych samych zasad, jak i rany przypadkowe; wreszcie nie wiemy, kiedy może wybuchnąć nowa epidemja traumatyczna, a musimy przecież do niej być przygotowani. Winniśmy więc w te nowe horyzonty, które nam się otworzyły, wnieść więcej światła, wyjaśnić te kwestje, które jeszcze nie zostały wyjaśnione, i w ten sposób stworzyć skończony i ostatecznie opracowany system, jak to w swoim czasie uczynili Lister i Bergman, podając swoje systemy antyseptyki i aseptyki.

Tembardzjej koniecznem jest poruszenie tych spraw u nas w piśmiennictwie polskiem, bowiem kraj nasz w okresie wojny światowej był odcięty kordonami walczących armij od narodów zachodu, wśród których pierwsze początki nowej myśli chirurgicznej zaczęły kiełkować; wojna zaś nasza z Rosją bolszewicką, prowadzona systemem długich marszów i ogromnych linij ewakuacyjnych, przy olbrzymich brakach zaopatrzenia sanitarnego, oraz braku, jak już zaznaczyłem, znajomości ze zdobyczami zachodu, nie stworzyła warunków do rozwinięcia i wypraktykowania na większym materjale nowoczesnych zasad leczenia ran przypadkowych. Sprawy więc te wśród samych nawet chirurgów polskich więcej są znane teoretycznie, niż przemyślane samodzielnie i potwierdzone własnem obfitem doświadczeniem chirurgicznem, nie weszły w krew i mózg dzisiejszego pokolenia chirurgicznego.

A przecież rany przypadkowe i ostre sprawy zakaźne chirurgiczne leczą nie tylko chirurdzy, ale też i inni lekarze. Tu już nawet teoretyczna znajomość tych rzeczy prawie nie istnieje. Z reguły ma tu miejsce leczenie według systemu przedwojennego, a bardzo często możemy się spotkać ze sposobami, które panowały na schyłku epoki antyseptycznej.

Te wszystkie względy zmusiły mię do podzielenia się memi spostrzeżeniami z ogółem kolegów. Wpierw jednak nim rozpocznę o tem mówić, zmuszony jestem przedstawić obecny stan nauki w powyższej sprawie. Jeśli będę poruszał rzeczy zbyt znane, nawet powiedziałbym elementarne, to chodzi mi tylko o to, ażeby dać zupełny obraz tego stanu rzeczy, jaki mamy obecnie w tej dziedzinie. Nie mogę też pominąć milczeniem i wspomnień historycznych, ażeby wyraźniej uwypuklić doniosłość i znaczenie tych zmian, jakie w po-

glądach naszych na tę sprawę zaszły, i wykazać ich należyte znaczenie dla przyszłości chirurgicznej.

Chirurgja nowoczesna w swem rozwoju zna epokową datę, od której rozpoczął się jej nowy rozwój i rozkwit. Taką datą niewątpliwie był rok 1872 (według Legera 1867 rok), ogłoszenia zasad antyseptyki przez Listera. Historycy nauki naszej dzielą ją na epoki: przedlisterowską i polisterowską, nazywając pierwszą okresem myślenia anatomicznego, drugą zaś okresem myślenia bakterjologicznego. Siódmy dziesiątek lat ubiegłego stulecia mimo, iż w szeregach swych liczył takich chirurgów, jak Cooper, Nelaton, Pirogow, Dupyutren, Astley, Dieffenbach i inni, był okresem, w dziejach chirurgji bardzo ciężkim. Zabiegi operacyjne, wykonane z nadzwyczaj wydoskonaloną techniką przez pierwszorzędnych chirurgów, prowadziły do ropnicy, zakażenia ogólnego, róży, zgorzeli szpitalnej, błonicy przyrannej. tężca i t. d. Umysły chirurgów poszukiwały wciąż przyczyn tego stanu rzeczy, wciąż opracowywały nowe metody operacyjne (Chassaignac, Moisanneuve), lecz całkiem bezskutecznie. Stan ten najlepiej charakteryzują słowa Pirogowa, które pozwolę sobie przytoczyć za prof. Dr. Tomaszewskim:

„Spoglądając na cmentarz, na którym pogrzebano zwłoki ludzi zakażonych w szpitalach, nie wiem, co bardziej mam podziwiać: stoicyzm chirurgów, z jakim stosują oni wciąż nowe sposoby operowania, czy też zaufanie, jakiem ich darzy rząd i społeczeństwo".

Słowa te, wypowiedziane przez chirurga światowej sławy, dostatecznie charakteryzują stan nauki naszej w owych czasach, gdy po zwykłej amputacji, wykonanej z nadzwyczajnem mistrzostwem, zaledwie 2—3% chorych zostawało przy życiu, i w dostatecznej mierze nam, którzyśmy odeszli od tych czasów o całą erę chirurgiczną, czynią zrozumiałem wielkość i znaczenie tej epokowej chwili, gdy nowe zdobycze w dziedzinie bakterjologji ukazały przed nami nieznany dotąd świat drobnoustrojów, pozwoliły poznać jego cechy i właściwości i wyciągnąć stąd wnioski dla nas potrzebne. W szeregu prac całego pokolenia bakterjologów, jak Davain, Tyndall, Selkwann, a przedewszystkiem Pasteur, została wykryta istota każdej fermentacji i rozkładu materji organicznej; zostało ustalone, że niema fermentacji lub gnicia bez udziału drobnoustrojów, że właśnie przedostawanie się tych niewidzialnych dla oka ludzkiego żyjątek stanowi podstawę tego procesu.

Genjalny umysł chirurga angielskiego Listera przeniósł tę zasadę i na sprawy zakaźne w ranach chirurgicznych i przypadkowych,

i tu też wszelkie sprawy chorobowe przypisał on drobnoustrojom. Stąd wniosek, że dla prawidłowego gojenia się ran należy niedopuścić drobnoustrojów do rany, w razie zaś dostania się, należy je zabić. W tym celu używał on zgodnie z nauką Pasteur'a kwasu karbolowego. Wedle więc ścisłej metody Listera, w salach operacyjnych i opatrunkowych należało przez cały czas pracy zapomocą specjalnego rozpylacza (sprey) rozpylać 2—3% rozczyn kwasu karbolowego; narzędzia zaś, ręce chirurga, oraz skórę chorego odkażać zapomocą mycia i moczenia w tym kwasie, wreszcie nakładać na ranę specjalny opatrunek, złożony z 8-miu warstw gazy, przepojonej karbolem i przykryty ceratką, która miała za zadanie niedopuścić drobnoustrojów do przenikania z powrotem do opatrunku i rany.

Pierwotne zasady Listera uległy wkrótce szeregowi modyfikacyj dzięki z jednej strony nowym zdobyczom w dziedzinie bakterjologji, zdobyczom, poczynionym przedewszystkiem przez Pasteur'a i Kocha, zdobyczom, które wyjaśniły naturę drobnoustrojów i warunki ich wegetacji, z drugiej zaś strony dzięki doświadczeniom i pracom szeregu chirurgów, które wyjaśniły wpływ środków odkażających na komórki i tkanki uszkodzonego organizmu ludzkiego.

Tak więc dzięki wyjaśnieniom drażniącego i trującego działania kwasu karbolowego na tkanki, wkrótce jego miejsce zajął kwas borny (Credé), salicylowy (Thiersch), tymolowy (Ranke), jodoform (Bruns), sublimat (Bergman, Kümell, Schede). Dzięki doświadczeniom Flugge nad zawartością zarazków w powietrzu i nad znaczeniem kurzu, Bruns wystąpił przeciwko rozpylaczom i wkrótce wyszły one z użycia. Prace zaś Neubera i Brunsa, jak również Kocha o wpływie wysychania na bakterje doprowadziły do usunięcia ceratki, jako przykrycia opatrunku, i wreszcie do zmniejszenia ilości warstw tego ostatniego.

Nie zmniejsza jednak to w niczem zasług i wielkości umysłu Listera. Wielkość ta bowiem nie polega na tej czy innej formie opatrunku lub użyciu tego czy innego środka, na długo bowiem przed Listerem, zaczynając od wieków starożytnych, różni chirurdzy podawali różne płyny do obmywania ran (Celsus Ambroise Paré, Kern), a nawet Spina i Lenraire podali ten sam kwas karbolowy. Wielkość Listera polega na tem, że wykazał on pierwszy istotę zakażenia przyrannego oraz wytknął drogi do walki z niem. Dalsze opracowywanie sposobów i metod pozostało tylko kwestją czasu, badań i pomysłów; droga jednak stała otworem.

Prace Kocha, Gaffky, Rosenbacha oraz chirurga Büchnera wykazały dalej, że rozczyny chemiczne nawet w stężeniu daleko większem, aniżeli to jest możliwe ze względu na organizm człowieka, nie zabijają każdego gatunku bakteryj, a tembardziej ich zarodników, że niektóre drobnoustroje ulegają pod ich wpływem tylko bardzo nieznacznemu zahamowaniu w swem rozwoju, że natomiast tkanki organizmu ludzkiego ulegają bardzo silnym uszkodzeniom, co oczywiście musi zgubnie oddziaływać na sprawę gojenia się ran. Badania tych autorów stwierdziły natomiast, że czynnikiem, który niszczy drobnoustroje i wszystkie ich zarodki, jest wysoka ciepłota.

Na tem tle powstaje nowy kierunek w chirurgji: kierunek aseptyki. Twórcą jego jest Bergman. Wspólnie z Schimmelbuschem, Fürbringer'em i Schlange opracowali oni wszystkie zasady nowej metody i wypróbowali ją na chorych.

Na międzynarodowym kongresie chirurgicznym w roku 1890, który się odbywał pod przewodnictwem Listera, Bergman po raz pierwszy zreferował swe nowe zasady postępowania chirurgicznego, zademonstrował chorych, preparaty mikroskopowe, oraz sterylizatory i inne narzędzia, potrzebne do przeprowadzenia wymagań nowej metody. Na zjeździe tym zyskał on ogólne uznanie, a przedewszystkiem samego Listera, który, winszując mu, wyraził zdanie, że zasady operowania chirurgicznego doczekały się wreszcie swego ostatecznego rozstrzygnięcia. Nie będę tu przytaczał zasad aseptyki. Są one znane każdemu lekarzowi. Wprawdzie zasada wyjaławiania rąk i pola operacyjnego uległa i być może jeszcze ulegnie licznym modyfikacjom, to jednak niewątpliwie sama zasada operowania i opatrunku aseptycznego jest i pozostanie niezłomną.

Metoda Bergmana nie napotkała większych trudności przy wprowadzeniu jej w stosunku do ran, zadanych nożem chirurga. W stosunku do ran przypadkowych sprawa przedstawiała się nieco odmiennie. Tu bowiem niezależnie od naszej woli drobnoustroje do ran się dostają, stąd powstawało pytanie, co robić z nimi i w jaki sposób je unieszkodliwić.

Obóz chirurgiczny podzielił się na 2 kierunki. Wówczas gdy jedni pozostali na stanowisku stosowania w tych wypadkach środków odkażających, chociażby w ograniczonym zakresie (Messner, Henle, Szaniawski, Luter, Zimmermann, Blumberg, Kowalewski, Treger, Lebsche, Brunner, Grönzenbach, Frenkel, Hochburger, Riggenbach), inni twierdzili, że rozczyny chemiczne w tych stężeniach, w jakich mogą być stosowane w organizmie ludzkim, działają bardzo słabo,

albo też wcale nie działają na drobnoustroje, natomiast silnie uszkadzają żywotność tkanek zakażonego organizmu (Schimmelbusch, Rejchel, Helferich, Bratz, Zeidler, Hönl, Goldberg), że żywotność tkanek najzupełniej wystarcza do tego, ażeby zwalczyć zakażenie, że zadaniem chirurga jest tylko zabezpieczyć ranę od dostania się do niej nowej partji drobnoustrojów, z drugiej zaś strony zapewnić należyty odpływ ropie, owej „materja peccans" jaką miała ona być wedle ówczesnych poglądów we wszystkich chirurgicznych sprawach zakaźnych.

„Ubi pus, ibi incisio" oraz dostateczne sączkowanie i drenowanie rany stało się przykazaniem wyznawców czystej aseptyki w leczeniu ran, wszelkie zaś środki chemiczne powinny być najzupełniej odrzucone.

Walka pomiędzy temi dwoma kierunkami trwała aż do wojny światowej. W każdym bądź razie ogromne zdobycze w dziedzinie tak zwanej chirurgji wielkiej oraz ówczesny, przytoczony dopiero przeze mnie pogląd na istotę ropy i wogóle zakażenia przyrannego wpłynął w znacznym stopniu na zwycięstwo kierunku drugiego. W leczeniu ran przypadkowych zapanowała metoda leczenia konserwatywnego w myśl zasad czystej aseptyki z nieznacznemi odstępstwami na rzecz tych lab innych środków antyseptycznych. Równocześnie z tem, dzięki pracom całego, że tak powiem, pokolenia bakterjologów, że wymienię tylko Pasteur'a, Ehrlich'a, Löffler'a, Behring'a, Miecznikow'a i masy innych, powstała obszerna nauka o odporności i o wszystkich czynnikach, jakie ustrój posiada dla obrony i walki z zakażeniem, nauka, która otworzyła nam bramy w nieznany dotąd świat sił biologicznych organizmu; równocześnie nowe zdobycze chemji fizycznej w sprawie chemizmu koloidów i budowy koloidalnej naszego ustroju, dzięki pracom Ostwald'a, Berchtold'a, Hamburgier'a, Liesegang'a, Schede, Herxmeier'a, Aschoff'a, Gar'y, Ribert'a, Dietricha i innych, dały możność dokładnego zapoznania się z chemizmem zmian, odbywających się w ranie.

Świat jednak chirurgiczny jakgdyby przeszedł ponad temi zdobyczami. Przejęty zdobyczami wielkiej chirurgji, mając do czynienia z zakażeniami stosunkowo słabemi, dla których zwykłe metody leczenia konserwatywnego były dostateczne, traktował te rzeczy, jako teoretyczne uzupełnienie tych świetnych wyników praktycznych, jakie otrzymał dzięki aseptyce, i nie zdał sobie zupełnie sprawy, że już najbliższa przyszłość zmusi nas głębiej wejrzeć w te sprawy, że lada dzień chirurgja przejdzie w trzeci okres swego rozwoju, okres

myślenia anatomo-bakterjologo-biologicznego, mówiąc krócej myślenia biologicznego.

Wpierw jednak nim przejdziemy do omówienia tego okresu, musimy zastanowić się nad tem, co nam, poza ogólnemi zdobyczami chirurgicznemi, specjalnie w dziedzinie leczenia ran przypadkowych, okres bakterjologiczny przyniósł i czego nas nauczył.

Ropa, jak już powiedziałem, była ową „materia peccans", na którą składano odpowiedzialność za wszystkie nieszczęścia, jakie na organizm ludzki spadały. Należało więc się nauczyć usuwać ją, należało wynaleźć taki opatrunek, któryby zapewnił stały odpływ ropy z rany do opatrunku i stałe usuwanie z rany domniemanego źródła zarazy. Wprawdzie już w okresie przedlisterowskim podał wspomniany przeze mnie Chassaignac zasadę drenowania ran. Używał jednak do tego materjałów, nie posiadających zdolności wchłaniania, jak korpię i t. d., wyniki więc musiały być wskutek tego ujemne.

Dopiero Lister na zasadzie znajomości praw fizycznych Gey Lüsac'a i Goren'a wprowadził jeszcze w roku 1871 gazę, jako ten materjał, który dzięki swej włoskowatości posiada największą zdolność wchłaniania. Wprawdzie opatrunek jego, jak później zobaczymy, posiadał pod tym względem bardzo dużo wad i dlatego się nie utrzymał, sam zaś jednak materjał opatrunkowy był wybrany trafnie i zawładnął całą metodą pracy i postępowania chirurgicznego.

Dalszym rozwojem naszej znajomości wymagań należytego zachowania siły chłonnej dały nam liczne doświadczenia Preobrażeńskiego (rok 1894), niestety zamało rozpowszechnione wśród ogółu chirurgów. Pozwolę sobie przytoczyć: Preobrażeńskij wypełniał watą szklany cylinder i jeden koniec jego łączył z manometrem lub też wprost zamykał zupełnie, drugiząś zanurzał w wodzie. Wata pozostawała prawie w całości suchą i nasiąkanie wodą było bardzo nieznaczne. Jeśli zaś usuwał manometr i pozostawiał drugi koniec otwartym, woda podnosiła się w rurce na znaczną wysokość. Nasiąkanie waty wodą w przypadku pierwszym wynosiło 1,0 na dobę, w wypadku zaś drugim 18,0 na godzinę. Doświadczenia swe przeniósł Preobrażeńskij na zwierzęta. Tak naprzykład nasypywał on strychniny na świeżą ranę ogona szczura białego i nakładał mu wilgotny opatrunek z gazy—szczur pozostawał zdrowym. Wystarczało jednak ten opatrunek szczelnie przykryć ceratką, — szczur ginął wskutek zatrucia. Te same wyniki otrzymał Preobrażeńskij przy polewaniu ran zwierząt gnijącą krwią lub przykładaniu opatrunku w tej krwi umaczanego, dalej przy przyszczepianiu na powierzchnię ran

drobnoustrojów wąglika. O ile tylko nakładał tam dobrze chłonący wilgotny, a nawet suchy opatrunek gazowy, zwierzęta pozostawały zdrowe, lecz wystarczyło pokryć go dokładnie ceratką, ażeby zwierzę zginęło od zakażenia wspomnianemi drobnoustrojami. Później przy omawianiu sprawy biologji rany postaram się wyjaśnić dokładnie przyczynę tego stanu rzeczy. Wynik jednak doświadczeń tych był ten, iż opatrunek gazowy, pokryty dobrze chłonącym materjałem i mający zabezpieczony dostęp powietrza, chłonie części płynne, znajdujące się na powierzchni rany i nie dopuszcza ich do przedostania się wgłąb organizmu. W ten sposób zostały ustalone zasady fizyko-mechaniczne opatrunku, dobrze chłonącego i skierowującego prąd cieczy ustrojowej od wewnątrz, t. j. z głębi rany ku zewnątrz t. j. w stronę opatrunku. Jeśli do tego dodamy, że, jak już poprzednio wspomniałem, pracami Kocha został ustalony fakt, iż wysuszanie silnie osłabia żywotność drobnoustrojów, a nawet przeważnie je zabija, że znanem jest, iż samo wysychanie nasiąkniętego opatrunku częściowo zwraca mu utraconą zdolność chłonną, naskutek nasycenia płynem powierzchni, stanie się jasnem dla nas, że włoskowatość, higroskopijność i powierzchnia materjału opatrunkowego, nie przykryta żadną nieprzepuszczalną tkanką, a zatem zdolna do parowania płynów w powietrze, stanowią cechy dobrze chłonącego wydzielinę przyranną opatrunku, niszczącego względnie osłabiającego w niej żywotność drobnoustrojów.

Do sprawy tej powrócił w r. 1903 Nötzel, który zakażając ranę mięśniową królika również wąglikiem, otrzymał te same rezultaty; poza tem ustalił on, że przy używaniu opatrunku z gazy wilgotnej, wyssane drobnoustroje dochodzą do najbardziej zewnętrznej warstwy gazy, w gazie zaś suchej znajdują się tylko w dolnej jej warstwie. Doświadczenia Nötzl'a co do suchych i wilgotnych, wysychającycych opatrunków wywołały duży spór pomiędzy chirurgami, spór i do dziś dnia jeszcze częściowo trwający, w każdym jednak razie coraz bardziej skłaniający się ku opatrunkowi wilgotnemu. Do podanej bowiem cechy przez Nötzla przybyły jeszcze dwie: zostało najpierw wyjaśnione, że przy opatrunku wilgotnym wchłanianie wydzieliny przyrannej następuje natychmiast, płyn bowiem nie potrzebuje odrazu torować sobie drogi prez suche włoskowate przestrzenie, ma ją bowiem już utorowaną przez płyn, który zwilża opatrunek. Poza tem zostało ustalone, iż opatrunek wilgotny, jak zobaczymy poniżej, mniej drażni powierzchnię rany, aniżeli opatrunek suchy, a tem samem sprzyja prawidłowemu gojeniu się. Po tem co było powiedziane, nie po-

trzebuję wyjaśniać wad opatrunku Listera i przyczyn, dla których uległ on wkrótce różnym zmianom i modyfikacjom. Dzięki tym wszystkim pracom technika należytego wchłaniania przez opatrunek wydzieliny przyrannej została opracowana, równocześnie z tem szła praca, dotycząca samego sposobu opatrywania ran. Po pierwotnych, dość nedelikatnych próbach mechanicznego oczyszczania rany prace Schimmelbuscha i Friedricha, polegające na zanurzeniu zranionych ogonów mysich w jadowitym materjale przy równoczesnem ich naciskaniu i rozcieraniu, lub też bez tego, dowiodły nam, że w sprawie powstawania oraz szerzenia się wgłąb zakażeń przyrannych, odgrywają pierwszorzędną rolę czynniki mechaniczne, a mianowicie wszelkie wcierania, wgniatania drobnoustrojów w rany. Zakażenia przyranne, nieraz przebiegające bardzo łagodnie, albo nawet nie wywołujące żadnych objawów, pod wpływem tych urazów często przechodzą w ciężkie postaci zakażeń, ropowice, a nawet ropnice, prowadząc do ciężkich zmian. Równocześnie badania Billrotha, Klein'a, Nötzl'a, Jurgielinos'a i innych dowiodły, iż ziarnina nieuszkodzona stanowi doskonałą tamę do przedostawania się wgłąb drobnoustrojów. Najmniejsze zaś uszkodzenie tej ostatniej otwiera szeroko bramę, przez którą mogą one swobodnie przeniknąć do przestworów chłonnych oraz naczyń włoskowątych organizmu i tam wywrzeć swój wpływ zgubny. Dalsze zdobycze bakterjologji i nauki o zapaleniu wyjaśniły nam, że jeszcze w okresie, poprzedzającym ziarninę, leukocyty gromadzą się w ogromnej ilości na granicy zdrowych i martwych tkanek, że tworzą one niejako wał ochronny, który ma za zadanie niedopuszczenie do organizmu drobnoustrojów lub ich jadów i w ten sposób chroni organizm od ich zgubnego wpływu. Wszelkie niedelikatne obchodzenie się z tkankami, wszelkie energiczne mechaniczne oczyszczanie rany, wszelkie przecieranie powierzchni, oraz wygniatanie ropy zostały poniechane. Zasada jaknajdelikatniejszego, jaknajostrożniejszego opatrywania ran i jaknajmniejszego ich urazu stała się naczelną zasadą postępowania chirurgicznego, bowiem postępowanie inne groziło zniszczeniem wału ochronnego, względnie ziarniny, a tem samem otwarcie wrót do wkroczenia zakażenia wgłąb organizmu.

Równocześnie z temi doświadczeniami szereg autorów rozpoczął badania nad zachowaniem się drobnoustrojów, które dostały się do rany. Pod tym względem największe znaczenie mają prace Friedrich'a i Näggerath'a. Prace te dotyczyły przedewszystkiem zarazków obrzęku złośliwego i tylko częściowo innych drobnoustrojów, mogły

być jednak przez analogję przeniesione i na wszystkie gatunki tych ostatnich. Nie będę tu ich szczegółowo podawał—zostały one przytoczone w podręczniku chirurgji Prof. D-ra Leśniowskiego (Tom I, str. 54 i 107), zaznaczę tylko, że prace te wykazały, iż drobnoustroje w suchym stanie, dostając się do rany z powietrza, kurzu, ziemi, narzędzi, skóry, pocisków i t. p., dla swego rozwoju i wykazania swego działania, jak w sztucznych pożywkach, tak i w ustroju potrzebują pewnego okresu 6—8 godzin. Stąd Friedrich wyprowadził wniosek, że można zapobiec zakażeniu rany, jeśli aseptycznie ściąć jej powierzchnię na głębokość 1 — 2 mm. Nie było jednak zasługą Friedricha pierwszeństwo podania tego sposobu, bowiem i przed nim sposób ten był stosowany i podawany przez innych chirurgów (Larrey, Angier, Trojanow, Reclus, Poncet), zrobić zaś z niego metody postępowania chirurgicznego przy ranach przypadkowych Friedrich nie potrafił. Zasługą Friedricha jest niewątpliwie to, że wykazał on, iż drobnoustroje, które się dostały do rany, mają swój okres wylęgania, w którem można jeszcze zapobiec ich rozszerzeniu. Dotychczas bowiem panował pogląd, oparty głównie na zasadzie badań Schimmelbuscha i Reichela, że już w kilka minut po zakażeniu następuje wkraczanie tych ostatnich do najbardziej odległych części ciała i, że wogóle wszelka profilaktyka rany zakażonej jest wobec tego niemożliwa. W ten sposób w przebiegu ran przypadkowych, poza znanemi dotychsczas dwoma okresami: okresem oczyszczania się i okresem ziarninowania i połączonego z nim gojenia się, poznaliśmy okres trzeci, okres wylęgania.

Wspomniałem już poprzednio o doświadczeniach (Koch, Gaffky, Rozenbach, Buchner), które wykazały, iż większość drobnoustrojów, a wogóle wszystkie zarodniki, w rozczynach środków chemicznych o wiele silniejszych, aniżeli mogą być używane w organizmie ludzkim, nie ulegają zabiciu, że natomiast komórki organizmu pod wpływem tych środków ulegają uszkodzeniu. Badania autorów poszły w 2 kierunkach, z jednej strony poza badaniami siły drobnoustrojobójczej środków antyseptycznych in vitro, rozpoczęły się badania nad ich siłą drobnoustrojobójczą, in vivo, z drugiej zaś strony rozpoczęto badać stopień uszkodzenia i zmiany, jakie zachodzą w komórkach i tkankach ustroju pod wpływem działania na nie środków antyseptycznych. Jak jedne, tak i drugie dały szereg ciekawych wyników. Tak więc, co do pierwszego przekonano się, iż mają one największą siłę działania w środowisku bezbiałkowem, o wiele mniejszą w środowisku zawierającem białko, a najmniejszą, niewiele przekraczającą zero, w środowisku

zawierającem białko i komórki (Brunner, Hansel). Poniżej przytaczam za Prof. Tomaszewiczem tablicę Carrela, wykazującą działanie środków odkażających w środowisku bezbiałkowem i w środowisku, zawierającem surowicę:

Środki odkażające	W środowisku bezbiałkowem	W środowisku zawierającem surowicę	Uwagi
Kwas karbolowy	1:200 (—)	1:50 (—)	(—) oznacza ujemny wynik wysiewu.
	1:600 (+)	1:100 (+)	
Kwas salicylowy	1:2500 (—)	1:100 (—)	
	1:5000 (+)	1:250 (+)	(+) oznacza dodatni wynik wysiewu.
Dwutlenek wodoru	1:3500 (—)	1:1700 (—)	
	1:8000 (+)	1:2000 (+)	
Jod	1:100000 (—)	1:1000 (—)	
	1:1000000 (+)	1:2500 (+)	
Sublimat	1:5000000 (—)	1:2500 (—)	
	1:10000000 (+)	1:5000 (+)	
Azotan srebrowy	1:100000 (—)	1:10000 (—)	
	1:1000000 (+)	1:25000 (+)	
Chloran potasowy	1:500000 (—)	1:1500 (—)	
[Kalium chloricum]	1:1000000 (+)	1:2000 (+)	

Jeśli zestawimy te dane z danemi otrzymanemi z badań nad działaniem tych środków in vitro, wnioski nasze, zdawało się, będą brzmieć bardzo pesymistycznie. Pomimo to wszystko jednak Kowalewski, Fritsche, Lebsche, Luter, Hambürger, Fraenkel, Weil, Büchner i inni dowiedli doświadczeniami na zwierzętach niewątpliwie korzystnego działania różnych środków antyseptycznych samych przez się, a w jeszcze większym stopniu w połączeniu z delikatnem mechanicznem usunięciem materjału zakaźnego w drodze przemywania rany rozmaitemi płynami. Doświadczenia te doprowadziły autorów do wniosku, iż w przypadku tym niema zabijania drobnoustrojów, a tylko zahamowanie ich rozwoju, z jednej strony w drodze działania bezpośredniego, z drugiej zaś w drodze wzmożenia fagocytozy przez dzia-

łanie chemo-taktyczne, jakie te środki w stosunku do leukocytów posiadają, wreszcie z trzeciej strony w drodze wzmożenia przekrwienia czynnego i biernego (patrz niżej). Jeśli teraz przejdziemy do omówienia uszkodzeń, które te środki w komórkach i tkankach ustroju wywołują, to tu mamy do zanotowania przedewszystkiem prace Eicken'a, który wykazał, iż uszkodzenie komórek mięśniowych skutkiem działania środków antyseptycznych polega na obrzęku, zaniku, względnie zmętnieniu prążkowania poprzecznego, wreszcie nacieczeniu leukocytowem przestrzeni pomiędzy pęczkami mięśniowemi. Uszkodzenia te występowały w różnym stopniu po różnych środkach antyseptycznych, nawet po rozczynie fizjologicznym soli kuchennej, były również zależne od czasu, przez jaki te środki działały, i od ich stężenia. Prace zatem Eickena wyjaśniły nam na czem polegają zmiany anatomopatologiczne w komórkach, i wykazały, iż uszkodzenia te są nieznaczne. Do znacznych i bardzo głęboko sięgających uszkodzeń doszło tylko wtedy, gdy autor pokrył ceratką wilgotny opatrunek, nałożożony na ranę. Stąd szereg poprzednio wymienionych chirurgów, którzy ustalili działanie korzystne środków odkażających, wyciąga wniosek, że zmiany te nietylko nie są szkodliwe, ale, powodując nagromadzenie leukocytów na granicy tkanki uszkodzonej, sprzyjają nawet powstaniu wału ochronnego; później zaś, gdy części obumarłe zostaną usunięte i zakażenie opanowane, zmiany te, wobec ich bardzo małej rozległości i nieznacznego charakteru, szybko ustępują i gojenie się odbywa prawidłowo. Ma to tem większe znaczenie, że mogąc ograniczyć działanie środków antyseptycznych na tkanki zakażonego ustroju, z jednej strony przez wybór tego lub innego środka, z drugiej zaś przez zastosowanie go w ciągu dłuższego lub krótszego czasu w tem lub innem stężeniu, otrzymaliśmy możność regulowania tych uszkodzeń i wpływu na ich większą lub mniejszą głębokość.

Wspomniałem już poprzednio o dobroczynnym wpływie przekrwienia czynnego i biernego na przebieg zakażenia przyrannego. W okresie przedwojennym Bier podał swą metodę leczenia najpierw zapomocą przekrwienia biernego, a następnie i czynnego. Przy podawaniu metody przekrwienia biernego wychodził on z założenia, że zapalenie, jakie się wkoło rany rozwija, jest jednym ze środków ochronnych ustroju, przeznaczonym do walki z zakażeniem, że największa ilość składników bakterjobójczych oraz największa ilość leukocytów przychodzi ze krwi do uszkodzonych tkanek w okresie przekrwienia biernego w przebiegu zapalenia. Jako wniosek z tego, za-

lecił on sztuczne przedłużenie tego okresu, zapomocą użycia opaski elastycznej, lub podanych przez Klapp'a baniek. Późniejsze jednak doświadczenie chirurgiczne wykazało, że leczenie to winno mieć duże zastosowanie w przebiegu przewlekłych spraw zakaźnych, a szczególnie przy leczeniu nacieków pozapalnych, w ostrych zaś sprawach zakaźnych daje dobre wyniki tylko w sprawach o nieznacznej jadowitości i to przy bardzo ostrożnem stosowaniu. Przy sprawach zaś o dużem nasileniu zakażenia jest przeciwskazane, prowadzi bowiem do zbyt silnego ucisku na otaczające tkanki i do uszkodzenia ich odżywiania aż do zupełnej nekrozy, z drugiej zaś strony, podnosząc zbytnio ciśnienie śródtkankowe, może spowodować wessanie toksynów do wnętrza ustroju.

Równocześnie z tem Bier i Ireslin podali swą metodę leczenia spraw zapalnych w drodze przekrwienia czynnego zapomocą działania suchego ciepła na ogniska zapalne, licząc na to, iż wywoła to przyśpieszenie krążenia, a zatem i większy dopływ leukocytów i ciał bakterjobójczych ustrojowych, krążących w surowicy krwi. Metoda jednak i ta, działania w tym przypadku suchem powietrzem przy ostrych i silnie jadowitych zakażeniach, zastosowania większego nie znalazła, natomiast znalazła zastowanie też w sprawach przewlekłych, szczególniej takich, które w drodze zastoju powstają, jak owrzodzenia na tle żylaków, owrzodzenia na tle zgorzeli starczej (gangraena senilis et praesenilis) ograniczenia ruchów stawowych na tle przebytych spraw zapalnych i t. p. W leczeniu ran przypadkowych, oraz ostrych chirurgicznych spraw zakaźnych suche ciepło znajduje tylko wyjątkowo zastosowanie. Jest to zupełnie zrozumiałe dla nas, gdyż suche ciepło, obok wywołania przekrwienia czynnego, ma jeszcze uboczne działanie w postaci wysuszania rany, co oczywiście ujemnie wpływa na proces oczyszczania się i gojenia tej ostatniej.

Natomiast przekrwienie czynne znalazło szersze zastosowanie w chirurgji ostrych spraw zakaźnych w innej formie, a mianowicie w formie ciepłych kąpieli miejscowych z wody z dodatkiem płynu antyseptycznego. Wprawdzie kąpiele takie były zalecane jeszcze w okresie przedlisterowskim, lecz, jako metodę naukową mającą swe podstawy w bakterjologji zakażenia i odczynie tkanek, wprowadził ją dopiero Mikulicz i jego szkoła. Oczywiście nie może tu być mowy o zabijaniu zarazków przez drobną domieszkę płynów antyseptycznych: głównym czynnikiem działającym jest tu niewątpliwie wilgotne ciepło i wywołane przez nie przekrwienie czynne, z drugiej zaś strony wymywanie i mechaniczne usuwanie z rany produktów

rozpada zmartwiałych komórek i tkanek, jadów drobnoustrojowych, a nieraz i samych drobnoustrojów, znajdujących się na powierzchni. Ciepłe wanny na zakażoną ranę nie tylko przeżyły okres bakterjologiczny chirurgji, ale przeszły przez ogniową próbę wojny światowej i do dziś dnia mają szerokie zastosowanie.

Oto są, poza ogólnemi zdobyczami chirurgicznemi, jakie nam okres bakterjologiczny w chirurgji przyniósł, główne zdobycze specjalnie w chirurgji ran przypadkowych, które on nam dał. Mniejsze pomijam.

Ubocznie tylko wspomnę, że istniejące uprzednio poglądy, co do jałowości ran postrzałowych, pocisk bowiem miał się niby wyjaławiać w drodze rozgrzewania w momencie lotu, zostały obalone na zasadzie doświadczenia wojny rosyjsko-japońskiej i bałkańskiej. Jeśli do tego dodamy, że przy pociskach artyleryjskich wogóle o tem niema mowy, że pocisk zagrzewa się najwyżej do 65 — 90^{0}, że zabiera z sobą drobnoustroje z ubrania i skóry rannego oraz ze wszystkich miejsc, z których mógł się odbić, stanie się nam jasnem i zrozumiałem, dlaczego wszystkie rany wojenne z przeważającym procentem zranień artyleryjskich od początku wojny traktowano jako zakażone i wysunięto zasadę odwrotną, iż każda rana postrzałowa jest raną zakażoną (Vincent, Conradi Löwen, Hesse, Böedelius, Bieling, Marwedel, Colebront, Donglas, Edmond and Weit, Golbroith, Reiher, Carrel, Le Grand). W rozkwicie okresu aseptyki czystej i konserwatywnego leczenia ran wyszliśmy na wojnę światową do pracy chirurgicznej w nowych nieznanych warunkach. Jak ta praca na początkach wojny wyglądała, wspomniałem poprzednio. Tu wypada mi w kilku słowach omówić, w jaki sposób chirurdzy francuscy, później angielscy, amerykańscy i t. d., a z drugiej strony niemieccy, wyszli z tych kłopotów, w jakie ich myślenie tylko anatomo-bakterjologiczne ściślej bakterjologiczne w chirurgji postawiło.

Po jesiennych bojach roku 1914 nastąpiło ustalenie tego frontu. Zakłady lecznicze i szpitale mogły być podsunięte bardzo blisko do linji bojowej. Bogate tabory transportowe oraz dobrze rozwinięta sieć dróg bitych i kolejowych umożliwiła bardzo szybkie dostawanie się rannych do odpowiednich zakładów. Ogromna ilość uczonych: chirurgów, bakterjologów, biologów, pracujących we wzajemnym stałym, celowym i uregulowanym kontakcie w tych wzorowo urządzonych i bogato zaopatrzonych zakładach sanitarnych przy olbrzymim materjale chirurgicznym, sięgającym miljonów rannych, tworzyła nie-

jako jedną wielką klinikę chirurgiczną, jedną wielką pracownię naukową, która musiała doprowadzić do dużych wyników.

Na pierwszem miejscu wypadnie mi tu wymienić nazwisko Policard'a. Pracował on w pobliżu frontu w pracowni „Groupe de brancardiers" nad histologją, biochemją, bakterjologją, oraz patologją rany, dzieląc się ciągle wynikami swych doświadczeń z ogółem chirurgów i sprawdzając je w praktyce. W końcu zaś wojny ogłosił je w swojej pracy, wydanej roku 1918 w Paryżu, pod tytułem: „Le plaie de guerre". Równocześnie wypada wymienić nazwiska Vincent'a Le Grand'a, Delbet'a, Roux Gross'a, Carrel'a, Blanc'a, Strucińskiego, Weber'a, Pozerskiego, Bory, Flesinger'a, Iochmann'a, Cloque, Marie, Opie, Borker'a, Wright'a, Roger'a, Patai, Mesterot'a, Aschoffa, Gare, Ribbert'a, Acholman'a, Dakin'a, Tuffier'a, Lyn Dimond'a, i innych.

Prace tych uczonych znamionują nowy okres w chirurgji—okres myślenia biologicznego.

Wykazały one, że w ranie przypadkowej, w ranie zakażonej odbywa się szereg procesów biologicznych, biochemicznych, bardzo jasnych i zrozumiałych dla nas z punktu widzenia teorji odporności oraz chemji koloidalnej, jak również teorji hormonów, że procesy te mają dominujące znaczenie w sprawie gojenia się rany, że ten lub inny ich przebieg i ten lub inny kierunek mają pierwszorzędne znaczenie dla przebiegu zakażenia, dla zejścia całej sprawy chorobowej. Nie drobnoustroje i ich przemiany mają tu decydujący wpływ na organizm ludzki, ale przedewszystkiem produkty i wytwory wszystkich sił biologicznych w tym wypadku działających, ich charakter, skład chemiczny i działanie fizjologiczne. Nie będę tu wymieniał prac poszczególnych autorów: prace te bowiem były prowadzone we wzajemnym kontakcie i poparciu, mają przeto pewien charakter jednolitości, postaram się tylko na ich zasadzie przedstawić, co się w ranie dzieje od momentu jej zadania aż do wygojenia.

Przedtem jednak muszę choć w kilku słowach wspomnieć o wszystkich zdobyczach w teorji odporności, oraz o podstawach chemji koloidalnej, ażeby te rzeczy, o których będę mówił, nabrały większej zrozumiałości i wyrazistości. Podstawę teorji odporności dała nam nauka Miecznikowa, Conheim'a i Arnolda o fagocytozie, nauka powszechnie znana, opisywać więc jej nie będę. Wspomnę tylko, że poza leukocytami, temi fagocytami ruchomemi, mamy jeszcze szereg fagocytów nieruchomych, komórek organów miąższowych, szpiku kostnego, tkanki łącznej, nabłonka naczyń krwionośnych i błon surowiczych. Co do fagocytów ruchomych, podstawą ich

zjawienia się w ranie—jest chemotaksis dodatnia jadów bakteryjnych i innych płynów w ranie, w odróżnieniu od chemotaksis ujemnej, odpychającej leukocyty. Nie mogę nie zwrócić też uwagi na to, że leukocyty pożerają nietylko martwe drobnoustroje, ale nieraz i żywe, że te ostatnie dzięki swej otoczce mogą zachować zdolność przeciwstawienia się strawieniu przez pierwsze, nieraz nawet odzyskać swą żywotność po śmierci leukocytów i po ich rozpadzie.

Drobnoustroje, jak wiemy, po dostaniu się do rany działają na ustrój zapomocą wydzielanych przez siebie jadów - toksyn, jadów wewnętrznych - endotoksyn, swych zaczynów trawiennych, oraz walczą z siłami ochronnemi organizmu zapomocą, tak zwanych, agresyn, czyli ciał, działających porażająco na siły odpornościowe ustroju, w pierwszym rzędzie na fagocyty, i w ten sposób bronią się przed pożarciem.

Nawiedzony ustrój nie zachowuje się biernie. Poza wspomnianą fagocytozą mamy olbrzymi aparat ochronny we krwi i sokach ustroju. Mamy tu więc ciała nieswoiste, znajdujące się w osoczu krwi i przy krzepnięciu przechodzące do surowicy (ciała humoralne), mamy ciała właściwe tylko dla osocza (ciała leukocytarne). Do kategorji czynników nieswoistych winniśmy zaliczyć i krzepliwość oraz zasadowość krwi, które w walce z zakażeniem odgrywają niepośledną rolę; mamy dalej ciała swoiste, powstające już w przebiegu zakażenia, tak zwane niweczniki, lub przeciwciała, złożone z nieswoistej aleksyny, która w połączeniu ze swoistemi niwecznikami odgrywa olbrzymią rolę w akcie obrony organizmu przed atakiem drobnoustrojów. Ciała swoiste wytwarzają się w miarę dostawania się do organizmu nieznacznych ilości drobnoustrojów i ich jadów.

Teorja łańcuchów bocznych Erlicha, dokładnie wyświetla nam sposób działania każdego z tych ciał ochronnych. Jak aleksyna, tak i ciała swoiste wedle nowoczesnych poglądów powstają z leukocytów, oraz z komórek tych tkanek, które posiadają niweczące zdolności wybiorcze dla danego drobnoustroju, czy są one jednak pochodnemi ich przemiany materji, czy też tylko produktami ich nekrobiozy i rozpadu, sprawa ta w nauce nie została wyjaśnioną.

W ten sposób powstają antytoksyny, zobojętniające jady drobnoustrojowe, bakterjolizyny, rozpuszczające same drobnoustroje, antyendotoksyny, zobojętniające endotoksyny, przenikające do ustroju z rozpadłych drobnoustrojów, opsoniny, które przyspasabiają drobnoustroje do pożarcia przez leukocyty. (Ważne ich znaczenie doprowadziły do wynalezienia wskaźnika opsonicznego W O), przeciwko-

enzymy, czyli antyfermenty — ciała, porażające działalność zaczynów drobnoustrojowych, antyagresyny, zobojętniające agresyny drobnoustrojowe i t. p.

Nie omawiam tu bliżej tych wszystkich kwestyj, ciekawi znajdą to we właściwych podręcznikach. Chcę tylko przytem zaznaczyć, że znajomość tych rzeczy jest dla chirurga dzisiaj konieczna i przy każdem leczeniu ran lub ostrych zakaźnych spraw chirurgicznych rzeczy te powinny być brane pod uwagę.

Pomimo znaczenia tych praw biologicznych, pomimo bardzo głębokiego wtargnięcia z naszej strony w tajniki życia organizmu ludzkiego, wiedza nasza nie mogłaby być nigdy pełną, gdybyśmy pominęli te sprawy fizyczno-chemiczne, które w organizmie ludzkim zachodzą, a które podlegają swym niezmiennym prawom i które w niemniejszym stopniu mają znaczenie we wszystkich sprawach fizjologicznych i patologicznych w organizmie się odbywających. Organizm nasz ma wyraźną budowę koloidalną i to koloidów, posiadających swe otoczki. Dla zrozumienia więc spraw odbywających się w ranie powinniśmy chociażby w najogólniejszych zarysach poznać te prawa, które stanem koloidalnym ciał kierują. Podstawą nowoczesnej nauki o koloidach (Schede) jest zrozumienie istoty i wyraźna klasyfikacja rozczynów: tak więc mamy 1) rozczyny, w których wielkość cząsteczek (drobin) zawartych w płynie odpowiada wielkości molekuł — rozczyny molekularnie rozproszone, 2) rozczyny w których drobiny są mniejsze od molekuł — rozczyny jonowo rozproszone, 3) rozczyny, w których drobiny są tak duże, że mogą być wydzielone zapomocą fizycznych n. p. optycznych metod — rozczyny koloidalne, czyli rozczyny fałszywe, wówczas gdy wymienione po 1 i 2 będą rozczynami prawdziwemi. Do rozczynów wymienionych pod 2 zaliczamy wszystkie kwasy, zasady i sole. Mają one tę właściwość, iż w rozczynie wodnym wytwarzają jony t. j., że przy przepuszczeniu przez nie prądu elektrycznego ten ostatni przechodzi przez zawieszone w płynie drobiny (cząsteczki molekuł), przytem drobiny metalowe są przewodnikami dodatniej elektryczności, a kwasy ujemnej. Znamiennem jest to, że proces rozpuszczania sam przez się wywołuje powstanie prądu elektrycznego. W ten sposób nie woda sama jest przewodnikiem prądu a zawarte w niej drobiny. Drobiny, przepuszczające i wytwarzające prąd, zowiemy elektrolitami lub jonami, samo zaś rozpadanie molekuł jonizacją.

Stan, w jakim się znajdują koloidy, możemy podzielić na trzy

rodzaje: 1) jako zelikoloidy, 2) helikoloidy, 3) aneresis. Do kategorji pierwszej będziemy zaliczali koloidy o największej zawartości wody ciała płynne lub też półpłynne, do kategorji drugiej ciała o średniej zawartości wody — ciała stałe, wreszcie do kategorji trzeciej, ciała o minimalnej zawartości wody, ciała zbite (kości i t. p.). Widzimy więc, że różnica pomiędzy temi ciałami nie jest zasadnicza, a tylko zależy od zawartości w nich wody, nie jest więc w koloidach żyjących, tak zwanych biokoloidach, stałą i niezmienną, bowiem z chwilą, gdy w danej tkance i miejscu zajdzie potrzeba większej ilości wody, organizm reaguje na to i tkanka taka przechodzi ze stanu helokoloidu w stan zelikoloidu i odwrotnie. Tłumaczy to nam bardzo wiele spraw odbywających się w naszym organizmie.

Jak już poprzednio powiedziałem, koloidy organizmu ludzkiego mają cechy koloidów otoczkowych. Cechą zasadniczą tych ostatnich są sprawy przesączania przez otoczki. Gdy więc mamy ruch molekularno-kinetyczny ciała stałego, rozpuszczonego w płynie, mówimy o dyfuzji, gdy zaś ta ostatnia odbywa się przez otoczkę, która niejednakowo przepuszcza wszystkie ciała zawarte w rozczynie, będziemy mówili o dializie, jeśli zaś proces ten będzie odbywał się przez otoczkę, przepuszczającą tylko wodę, a nie przepuszczającą cząsteczek w niej zawartych, mówimy o osmozie. Stąd powstaje po każdej stronie otoczki ciśnienie osmotyczne, zależne od koncentracji tych cząsteczek. Płyny jednakowego ciśnienia osmotycznego zowiemy izotonicznemi, niejednakowego — anizotonicznemi: hypertonicznemi lub hypotonicznemi. Nie należy zapominać także i o adsorbcji, polegającej na własności koloidów zwiększania na swej powierzchni koncentracji drobin, przy równoczesnem zmniejszeniu w głębi.

Organizm nasz przedstawia jedną dużą masę koloidalną, rozdzieloną między sobą rozmaitemi przegródkami, zróżnicowaną w swej istocie, w której stale, wskutek wzajemnego ustosunkowania i zróżnicowania, odbywają się reakcje charakterystyczne dla świata koloidalnego. Reakcje te mogą odbywać się z większą lub mniejszą szybkością. Na szybkość tych reakcyj w świecie koloidów wpływają ciała, które nie są obecne, ani w całości, ani w swych składnikach w końcowych wytworach reakcji, są tylko produktem przejściowym, który żadnego wpływu na charakter podstawowej reakcji nie ma, może tylko ją przyśpieszyć lub zwolnić. Są to, tak zwane, katalizatory. Powodują one procesy utleniania i redukcji, syntezy i rozszczepienia. Jednakową budowę i charakter z katalizotorami mają w organizmie zaczyny (fermenty). Powodują one rozszczepienie bardziej złożonych ciał

w ciała mniej złożone, aż do składników podstawowych. Działanie ich ustaje dopiero wtedy, gdy zagłuszają je nagromadzone produkty rozszczepienia. Ponieważ w koloidalnej budowie organizmu ludzkiego, dzięki dyffuzji, dializie, osmozie i adsorbcji, mamy wszystkie czynniki do usunięcia produktów rozszczepienia, przeto proces chemiczny, rozpoczęty i podtrzymywany przez zaczyny, może trwać bezustannie, aż do ostatecznego bilansu, t. j. do przeprowadzenia wszystkich produktów, podlegających temu procesowi, do ostatecznego rozszczepienia z ewentualnem ich usunięciem całkowitem lub częściowem z organizmu. Nas przedewszystkiem interesować będą zaczyny, odegrywające w przebiegu gojenia się rany podstawowe znaczenie. Są to katalaza, proteaza i lipaza. Zaczyny te powstają z obumarłych ciał leukocytów, a częściowo i fagocytów stałych, a wedle niektórych autorów mogą być wydzielone i przez fagocyty żywe. Katalaza ma za zadanie redukować wszystkie ciała o typie dwutlenków, wydzielając tlen z wytworzonego w zbytniej ilości dwutlenku wodoru. Ma ona stosunkowo małe znaczenie w obchodzącej nas sprawie. Proteaza — zaczyn hydrolityczny — trawiący i zmieniający białko na albumozy, peptony i polipeptydy, aż do aminokwasów. Lipaza—zaczyn, rozpuszczający ciała, mające charakter lipoidów. Rozpuszcza ona otoczki drobnoustrojów albo zupełnie, albo też czyni ją bardziej lepką, i tem samem ułatwia przylepianie się drobnoustrojów do fagocytów i następczo fagocytozę.

Do rzędu katalizatorów winny być zaliczone i hormony — produkty swoiste gruczołów wydzielania wewnętrznego, katalizatory bliżej jeszcze niezbadane, jednak odgrywające olbrzymią rolę w procesach przemiany materji w organizmie ludzkim, a tem samem i w procesach, odbywających się w ranie przypadkowej.

Łącznie z nauką o koloidach zmienił się i pogląd nasz na tkankę łączną w organizmie ludzkim. Wówczas gdy dawniej patrzono na nią, jako wyłącznie na tkankę oporową, i łącznik poszczególnych tkanek między sobą, obecnie poza tą rolą, odgrywającą już podrzędne znaczenie, zostało dzięki pracom szeregu uczonych (Fischer, Eppinger, Quinke, Engels, Wahlgrin, Ellinger, Schede, Sterling) dowiedzione, że głównem jej zadaniem jest przechowywanie i regulacja w organizmie wody i soli, zgodnie z zapotrzebowaniem w różnych częściach tego ostatniego (obrzęk części rodnych przy porodzie).

Co do teorji obrzęku istnieją dziś różne zdania, w każdym razie jest on wynikiem czynnego wchłaniania wody przez komórki. Jako przyczynę tego jedni uważają nagromadzenie się kwasów (Fi-

scher), inni samo białko (Ellinger), jeszcze inni zaburzenia równowagi solnej na rzecz ClNa (Hülse) lub nienormalną przepuszczalność ścianek naczyń włosowatych (Magnus) i t. d. W każdym razie czynnik pierwszy: zakwaszenie, odgrywa tu bardzo ważną rolę, jak w obrzękach zwykłych czyli przesiękach, tak i w obrzękach zapalnych czyli wysiękach. Energiczne procesy, wywołane przez zaczyny, oraz inne procesy rozpadowe, jakie mamy w ognisku zapalnem, powodują rozpadanie się drobin koloidalnych do coraz mniejszych wymiarów, a tem samem podnoszą ciśnienie osmotyczne w centrum ogniska zapalnego. Ciśnienie to powoli ubywa od centrum ku obwodowi. Mikroskopowo znaczy się ono zmętnieniem, nabrzmieniem, a nieraz zwyrodnieniem tłuszczowem komórek. Ten wzrost ciśnienia osmotycznego w centrum ogniska zapalnego może dochodzić do bardzo dużych granic, aż do 19 atmosfer (Schede). Rezultatem jego będzie stałe coraz obfitsze przesiąkanie płynu do ogniska zapalnego, wytworzenie się wysięku.

Wspomniałem poprzednio, iż wszystkie koloidy świata zwierzęcego należą do grupy koloidów, wytwarzających otoczki. Otoczki te pierwotnie traktowano jako środek ochronny od wpływów zewnętrznych lub też od bezpośredniego wpływu otaczających koloidów o innym charakterze i cechach. Późniejsze jednak badania wykazały, że podstawową funkcją tych otoczek jest funkcja odżywczo-wydzielnicza komórki. Potrzeby i wymogi tej ostatniej regulują skład i budowę otoczki. U organizmów wyższych całe grupy tkanek zawarte są w tkanki otoczkowe (skóra na powierzchni zewnętrznej, błona śluzowa na wewnętrznej, naczynia dla krwi i chłonki i t. p.).

Jeśli teraz z jednej strony weźmiemy pod uwagę, że otoczka stanowi ów organ odżywczo wydzielniczy, z drugiej zaś strony przypuścimy, że w pewnym odcinku całość tkanki została naruszona z równoczesnem przerwaniem naczyń krwionośnych i chłonnych, wtargnięciem drobnoustrojów i t. d., będzie dla nas jasnem i zrozumiałem, że funkcje koloidalne ulegną dużemu zaburzeniu. Z drugiej strony przy stanie zapalnym i związanej z nim zastoinie w naczyniach włosowatych, wkrótce występują objawy niedostatecznego zaopatrzenia tkanek w tlen, z następczem nagromadzeniem się kwasów węglowego i mięsno-mlekowego. Obecność zaś tych kwasów powoduje zmianę charakteru otoczek, czyniąc ich bardziej przepuszczalnemi dla wody i rozpuszczonych w niej ciał z następczem przepełnieniem tkanek tą ostatnią i powstaniem w ten sposób obrzęku i odwrotnie otoczka uszkodzona w swej całości przepuszcza i umo-

żliwia wyjście z komórki takim ciałom białkowym, jakich poprzednio nie przepuszczała.

Po zapoznaniu się z ogólnemi zdobyczami w tej dziedzinie nauki naszej, przejdźmy do omówienia właściwego tematu naszego, do zapoznania się ze wszystkiemi sprawami, jakie przebiegają w ranie zakażonej, od czasu jej zadania, aż do wygojenia. Jak już poprzednio wspomniałem, przebieg ten dzielimy na 3 okresy: 1) okres wylęgania, 2) okres oczyszczania się rany, 3) okres ziarninowania, czyli okres gojenia się. Muszę na tem miejscu zaznaczyć, że granice te nie są matematycznie ścisłe, nieraz w jednym miejscu rany mamy w pełni rozwoju okres trzeci, w drugim zaś trwa drugi i końca jego nawet przewidzieć nie możemy. Rozpatrzmy pokolei te wszystkie okresy:

I. Okres wylęgania.

W chwili zadania rany w organizmie następuje masowe zniszczenie tkanek, komórek i ich otoczek; otoczek ogólnych i t. p. tworów biokoloidalnych. Zniszczenie to połączone jest z utratą szeregu czynników wysoce cennych odżywczych, jak krew, chłonka i wogóle ciecze ustrojowe. Organizm broni się zapomocą wytworzenia nowej otoczki koloidalnej, narazie prowizorycznej w postaci włóknika, który pokrywa powierzchnię rany. Pierwotnie składa się ona z półgalaretowatej masy, fibrynogenu krwi, w której przebiega rzadka i delikatna sieć włókienek. Sieć ta jednak wkrótce staje się coraz bardziej zbita, coraz gęstsza, a położona pomiędzy nią masa galeretowata coraz bardziej twarda, dzięki z jednej strony zaczynowi „trombokinazie", wytworzonej przez komórki powierzchni rany (przedewszystkiem mięśniowe), z drugiej zaś dzięki ogólnej właściwości koloidów, tak zwanej „sineresie" czyli zdolności powiększania swej zbitości przez usilne wydzielanie z siebie wody. Jeśli do tego dodamy ogólną już uprzednio omówioną cechę koloidów tak zwaną „adsorbcję", która powoduje zwiększenie zbitości na zewnętrznej powierzchni otoczki, widzimy, że w ten sposób na powierzchni rany powstaje prawidłowa otoczka natury koloidalnej z cechami właściwemi dla całego świata koloidalnego: dyfuzji, osmozy i t. d., czyli, inaczej mówiąc, prawidłowa budowa koloidalna ponownie zostaje wzniesioną i procesy biochemiczne mogą ponownie przebiegać zgodnie ze swemi zasadami. W ten sposób organizm chroni swe cenne soki i materjały odżywcze przed ich utratą w następstwie zadanej rany. Chroniąc jednak te ostatnie, zamyka tą otoczką równocześnie

częściowo obumarłe i uszkadzane tkanki i komórki, które muszą ulec właściwym dla nich procesom biochemicznym, co ważniejsze zaś zamyka i drobnoustroje, które dostały się na powierzchnię rany.

Te ostatnie po przedostaniu się na powierzchnię rany przez przeciąg 6—8 godzin nie rozwijają się zupełnie. Tłumaczy się to tem, że dla swego rozwoju wymagają one z jednej strony przystosowania się do nowych warunków otoczenia i spotęgowania swej zjadliwości, z drugiej zaś odpowiedniej pożywki, tej zaś ostatniej w ranie nie mają. Zdolność antytryptyczna tkanek ustrojowych (Wrigth), aczkolwiek uszkodzonych, zostaje jeszcze utrzymaną przez 6—8 godzin. W ten sposób obumarłe tkanki nie mogą być trawione i nie mogą przedstawiać dobrej pożywki dla drobnoustrojów. Dopiero gdy zdolność ta zanika, uwolnione z komórek powierzchni rannej, częściowo z obumarłych leukocytów, zaczyny proteolityczne „proteazy" zaczynają swą pracę trawienną i tem samem stwarzają podłoże, na którem drobnoustroje mogą się już rozmnażać i potęgować swą działalność. I w rzeczy samej już ku końcowi dwunastej godziny widzimy obfity i pyszny rozróst flory drobnoustrojowej. Po upływie zaś 24—36 godzin cała powierzchnia rany zostaje usiana drobnostrojami, które w pełni swego rozwoju i jadowitości z całym aparatem toksynów, endotoksynów, agresynów, własnych zaczynów proteolitycznych i t. p. atakują nawiedzony ustrój. Nie przechodzą jednak w tym okresie do warstw głębszych (Carrel, Le Grand, Gross). Okres wylęgania zostaje skończony, rana przechodzi w drugi okres swego rozwoju biologicznego.

Przedtem jednak nim do tego przejdziemy, musimy omówić zachowanie się środków ochronnych organizmu, jakie w tym czasie spotykamy. Rana w momencie swego zadania zostaje pokryta nierówną zmiażdżoną powierzchnią ze strzępów obumarłych tkanek, częściowo skrzepów krwi, które mechanicznie zatykają szczeliny i drogi chłonne i tem samem uniemożliwiają masowe dostawanie się drobnoustrojów do organizmu. Część jednak tych ostatnich zostaje uniesiona przez prąd cieczy ustrojowych i tu, trafiając do odpowiednich organów (szpik kostny, płuca, wątroba i t. p.) zostaje przez nie zabita i unieszkodliwiona. Poza mechanicznem zabiciem drobnoustrojów, i zmniejszeniem przez to siły atakującego przeciwnika, ma to o wiele większe znaczenie, jako bodziec, który wywołuje wytwarzanie się w organizmie swoistych niweczników owych bakterjolizyn, opsonin i t. p., które odgrywają tak zasadniczą rolę w dalszym ciągu w walce organizmu z zakażeniem. Z drugiej strony, wypły-

wająca na zewnątrz krew i chłonka z przeciętych naczyń krwionośnych i limfatycznych usuwa mechanicznie część drobnoustrojów z pola rany, a tem samem zmniejsza ich siłę. Wiemy bowiem, że stopień ciężkości zakażenia zależy od wielu czynników, w pierwszym jednak rzędzie od ilości i jadowitości drobnoustrojów, które do organizmu wtargnęły.

Najważniejszym jednak czynnikiem samoobrony jest rozwijający się tu odczyn zapalny, który dochodzi do pełnego rozwoju ku końcowi tego pierwszego okresu, ażeby w drugim okresie wystąpić w pełni swej siły i rozwoju i wywrzeć swój wpływ dobroczynny. Jako pierwszą oznakę rozpoczynającego się procesu zapalnego widzimy powstające naskutek odruchu z rany rozszerzenie naczyń krwionośnych z następczem zwolnieniem krążenia, zastojem krwi i przekrwieniem biernem. Następstwem tego, jak już widzieliśmy, będzie brak w tkankach tlenu, natomiast wzrost kwasu węglowego i innych kwasów. Powoduje to, z jednej strony usilny dopływ leukocytów do rany, gdyż kwas węglowy działa na nie jako środek chemotaktyczny, z drugiej zaś strony powoli następujące przepełnienie wodą tkanek otaczających, powolny obrzęk tkanek. I rzeczywiście już w drugiej godzinie widzimy usilny przypływ leukocytów do rany,— rozpoczyna się proces fagocytozy. Uważam za swój obowiązek tutaj cokolwiek obszerniej omówić to zjawisko, a w szczególności jego znaczenie w przebiegu zakażenia przyrannego. Wedle dawnych poglądów, podanych przez Miecznikowa i jego uczni, leukocyty miały pochłaniać drobnoustroje, ich przetrawiać i niszczyć. Dziś wiemy, że sprawa ta nieco inaczej wygląda, że szereg, pochłoniętych przez leukocyty drobnoustrojów nie zostaje przez nie przetrawiony, że zachowują one swą żywotność wewnątrz komórki leukocyta, że mogą przez niego być przeniesione do innej części organizmu ludzkiego, a nawet, po obumarciu leukocyta i uwolnieniu się z jego ciała, stać się źródłem nowego ogniska zakażenia. Na fagocytozę, czy to zapomocą fagocytów stałych, a przedewszystkiem zapomocą fagocytów ruchomych, musimy dziś zapatrywać się z innego nieco punktu widzenia. Najpierw więc część drobnoustrojów będzie pochłonięta przez fagocyty i przez nie przetrawiona, a tem samem unieszkodliwiona. Z drugiej strony część drobnousrojów będzie pochłonięta przez fagocyty i przez nie z prądem krwi i chłonki dostanie się do organizmu. Tu na równi z drobnoustrojami zabranemi przez bezpośredni prąd tych cieczy wędruje do właściwych organów, gdzie zostaje zniszczona. Proces zaś ten ponownie

staje się wywoływaczem dla wytworzenia nowych niweczników i spotęgowania sił odpornościowych we krwi. Dalej, część drobnoustrojów zostaje pochłonięta przez fagocyty i nieprzetrawiona przez te ostatnie, zachowuje się w ranie w ciele fagocyta przez czas jego życia, a tem samem czasowo zostaje z szyku sił atakującego przeciwnika wyprowadzona, odzyskując wprawdzie potem swą swobodę, gdy fagocyt obumrze. Działanie to jednak jest już o wiele słabsze, najpierw dla tego, że nie jest równoczesne, a tylko spóźnione, po drugie dlatego, że spotyka się z ustrojem o wiele więcej uzbrojonem w czynniki odpornościowe przez wytworzenie niweczników i odczynów swoistych. Nie na tem jednak polega główne znaczenie fagocytozy. Leukocyty na powierzchni rany pod wpływem jadów drobnoustrojowych, a nieraz i działania czynników fizycznych zewnętrznych, masowo obumierają. Przy obumieraniu zwalniają ze siebie opisane przez nas zaczyny (istnieją teorje, że i żywe leukocyty zaczyny te wydzielają) katalazę, proteazę, i lipazę. Zaczyny te, a przedewszystkiem proteza (leukoproteaza), powodują rozpuszczenie białka komórek i tkanek, zniszczonych i znajdujacych się w stanie nekrozy i nekrobiozy, i jego strawienie (Leber, Achalm, P. L. Marie). Proteaza ta wedle zdania niektórych autorów bywa dwojakiego rodzaju: jedna działa jak trypsyna, a więc rozszczepia białko na albumozy, peptony, polipeptydy i kwasy aminowe, druga zaś może doprowadzić proteolizę tylko do peptonów. Poza proteazą, działającą przeważnie na białko, znajdujemy w obumarłych leukocytach jeszcze inny zaczyn peptazę, działający bardzo mało na białko, więcej na albumozy, a przeważnie na peptony, rozpuszczający te ostatnie na leucynę, tyrozynę, tryptofan i inne aminokwasy. Z drugiej strony obumarłe fagocyty stale wydzielają zaczyn przetrawiający i rozpuszczający ich własne ciała (autoliza) i inne obumarłe komórki, a także martwe leukocyty. W ten sposób w rezultacie fagocytozy zostaje w ranie wytworzona ogromna ilość zaczynów trawiennych, co powoduje rozpoczęcie się energicznego procesu trawienia obumarłych komórek i tkanek. Proces ten, jak już zaznaczyłem, staje się przyczyną wytworzenia dobrej pożywki dla drobnoustrojów, a tem samem i ich rozwoju. Wyglądałoby stąd, że fagocytoza nie jest środkiem obronnym, że natomiast odwrotnie, ona właśnie, a nie co innego, dając pożywkę dla drobnoustroi, stwarza warunki do rozwoju tych ostatnich, a tem samem do zakażenia rany. Rozumowanie takie jest jednak błędne: bowiem i bez tego drobnoustroje mogą same swemi własnemi zaczynami spowodować proteolizę obumarłych tkanek. Jakie zaś znaczenie

mają produkty jak jednej, tak drugiej proteolizy, jaka różnica między nimi zachodzi, o tem będę mówił w rozdziale następnym. Cechy i charakter procesu proteolitycznego zostały częściowo zbadane przez wymienionych poprzednio autorów, a mianowicie wykryli oni, że:

1) optimum ciepłoty dla działania proteazy wynosi około 40°.

2) jedne zaczyny proteolityczne (proteazy, peptazy, autolizy i t. d.) działają w środowisku kwaśnem, inne w zasadowem.

3) tkanki mniej zbite (krew, chłonka, tkanka łączna, mięśnie i t. d.) ulegają łatwo proteolizie, bardziej zbite (ścięgna) — ogromnie wolno.

4) metaliczne środki odkażające (sublimat, lapis i t. d.) uszkadzają zaczyny proteolityczne.

Jak widzimy, pomimo dużej ilości uczonych, pracujących w tej dziedzinie, sprawa ta została bardzo mało zbadana. W okresie powojennym podjął ponowne badanie tej kwesji, badacz polski Doc. Dr. Bronisław Szerszyński z kliniki prof. Leśniowskiego. Wprawdzie zapowiedział on, że to jest tylko początek jego badań, niestety, jednak dalszego ciągu od roku 1924 nie mamy.

Z wyników jego prac chcę zwrócić uwagę na 2 wnioski, które mogą dotyczyć omawianej przeze mnie sprawy.

1) „W ropie, trzymanej w cieplarce, ilość azotu niebiałkowego ogromnie wzrasta z 27,5% do 72,5%, a nawet do 97,5%. Albumoz i peptonów przybywa mało, albo wcale nic; wzrost zaś azotu niebiałkowego odbija się głównie na ilości kwasów aminowych. Zmiany te były wybitniejsze w ciepłocie 56° C. niż 37° C."

2) „Ropa zbierana w ciągu 24 godzin, w kilka dni po otworzeniu ropnia, różniła się od ropy przed operacją dużem nagromadzeniem się azotu tych właśnie przejściowych wytworów rozszczepienia białka: zwykły stosunek azotu wytworów przejściowych do azotu wytworów końcowych był od 1 : 7 do 1 : 1 tutaj zaś 4 : 1". Czyli mówiąc krócej: 1) im wyższa ciepłota (do 56), tem energiczniej odbywa się proteoliza i dochodzi do swych wytworów końcowych, t. j. do aminokwasów, wytwory przejściowe nie wytwarzają się wcale, lub też wytwarzają się w minimalnej ilości. 2) Operacja wpływa na kilku lub kilkunastokrotny wzrost wytwarzania się wytworów przejściowych kosztem końcowych.

Do spraw proteolizy powrócę jeszcze przy omawianiu drugiego okresu; podkreślić jedynie muszę, że sprawy te w pierwszym okresie noszą tylko charakter początkowy, że do rozwoju dochodzą one dopiero w okresie drugim, tu zaś makroskopowo są nawet niewidoczne,

rana jest sucha, pokryta wytworzoną otoczką włóknikową. Narastający obrzęk tkanek i masowa emigracja leukocytów do otoczenia rany powodują zupełne wypełnienie i zatkanie szczelin tkankowych, zastępują w ten sposób częściowe zatkanie ich przez strzępy tkanek i skrzepy krwi i stwarzają wał ochronny leukocytowy, który z jednej strony nie dopuszcza do głębszego masowego wtargnięcia drobnoustrojów do wnętrza organizmu, z drugiej zaś może zastąpić pod względem ochrony ustroju od utraty cieczy tkankowych otoczkę włóknikową, wytworzoną na powierzchni rany. Tylko czasowe czynniki szkodliwe ogólne ustroju (niepotrzebny ruch, wzruszenie, zmęczenie fizyczne i t. d.) mogą spowodować w tym wale, nieliczne i nieznaczne luki, przez które część drobnoustrojów może przedostać się do organizmu. Zostają one jednak unieszkodliwione w odpowiednich organach, a ich dostosowanie się powoduje wzrost odpowiednich swoistych niweczników i zwiększa drobnoustrojobójcze własności surowicy krwi.

Dalej, powstałe w ranie ciśnienie ujemne, wobec istnienia jamy, powstałej wskutek zniszczenia tkanki i wzrostu ciśnienia w jej otoczeniu skutkiem obrzęku, powoduje skierowanie cieczy ustrojowych do wnętrza tej ostatniej z wymywaniem i wyrzucaniem drobnoustrojów ze szczelin tkankowych na powierzchnię rany. Temu wysoce korzystnemu czynnikowi, staje się pomocną okoliczność, że, w miarę rozwoju proteolizy, następuje coraz większe rozszczepienie i zmniejszenie drobin białkowych, a przeto silne zwiększenie ich liczby, skutkiem tego zawartość rany staje się płynem hipertonicznym. Ciśnienie osmotyczne wewnątrz rany, jak już poprzednio powiedziałem, ogromnie wzrasta, będąc najwyższem w centrum, a spadając ku obwodowi. Powoduje to usilny przypływ wody do ogniska zapalnego, jakiem jest rana, mówiąc ściślej ze swej też strony skierowuje prąd cieczy ustrojowych od wewnątrz ku zewnątrz rany i prowadzi do wypłukania i usunięcia z rany siłami cieczy tkankowych drobnoustrojów, produktów ich życia biologicznego oraz wytworów proteolizy obumarłych tkanek. Widzieliśmy, że ujemne ciśnienie w ranie i wzrost ciśnienia osmotycznego są to dwa czynniki, które zawsze w ranie są, a tem samem i spowodowany niemi prąd cieczy ustrojowych od wewnątrz ku zewnątrz zawsze i stale będziemy mieli w każdej ranie. Jest to proces pierwszorzędnego znaczenia. Może on być spotęgowany przez odpowiednio chłonący i skierowujący ciecze przyranne opatrunek, którego cechy poznaliśmy dzięki pracom Preobrażeńskiego i Noetzla, może być też uszkodzony przez opatrunek zły

i nieodpowiedni, który zniesie ciśnienie ujemne w ranie, spowoduje natomiast jego silny wzrost, przewyższający siłę prądu, wytworzonego przez samo tylko ciśnienie osmotyczne. W ten sposób będziemy mieli prąd cieczy ustrojowych już nie od wewnątrz ku zewnątrz rany, lecz odwrotnie od zewnątrz ku wewnątrz, a przeto drobnoustroje i przedewszystkiem ich produkty biologiczne oraz produkty proteolizy przedostawać się będą do wnętrza zakażonego organizmu. (W świetle tego stanu rzeczy wyniki doświadczeń na zwierzętach, dokonanych przez Preobrażeńskiego i Nätzla, są dla nas jasne i zrozumiałe). Oczywiście, nie potrzebuję dowodzić, jak zgubne mogą być skutki nieodpowiedniego opatrunku. Proces ten, tak samo jak i proteoliza rozwija się powoli, ażeby wyraźnie wystąpić już w drugim okresie.

W końcu muszę nadmienić, że wskutek przepełnienia krwią naczyń krwionośnych, ściany ich ulegają ścieńczeniu, a otoczki ich komórek, dzięki zmienionym warunkom odżywiania, nabierają właściwości przepuszczania ciał, które przez nie normalnie nie przechodzą (fibrinogena, albumina, globulina i t. d.). Stąd wysięki zapalne zawierają białko i różnią się co do swego składu od przesięków i obrzęków zastoinowych i innych.

Jeśli zechcemy scharakteryzować cały proces proteolizy i sprawy towarzyszące mu z punktu widzenia chemji koloidalnej, musimy go określić w tym okresie jako początek, jako wstęp do zamiany helikoloidalnej budowy uszkodzonych tkanek na zolikoloidalną celem następnego zużytkowania ich w tej formie substancyj, powstałych na budowę nowych związków koloidalnych, przytem niepotrzebne zostają usunięte z organizmu.

Gdy te wszystkie procesy dojdą do pełnego rozwoju i energji, rana przechodzi w 2 okres swego rozwoju—okres oczyszczania.

II. Okres oczyszczania się rany.

Tak więc widzieliśmy, iż w 24—36 godzin po zadaniu cała rana jest usiana drobnoustrojami, rozmnażającemi się z ogromną szybkością, drobnoustrojami już o znacznie zwiększonej jadowitości, uzbrojonemi w cały swój aparat walki, jak toksyny, endotoksyny, agresyny, zaczyny trawienne i t. d. Siły biochemiczne ustroju dały już częściowo radę z naruszeniem swej budowy koloidalnej i rozpoczęły proces odtwórczy, a właściwie jego pierwszą część, mianowicie zamianę nekrotycznych komórek i tkanek ze stanu helikoloidów

w stan zolikoloidalny. Powstał prąd cieczy ustrojowej z głębi nazewnątrz rany. Napadnięty ustrój wytworzył wał ochronny, niedopuszczający do masowego wtargnięcia drobnoustrojów do wnętrza organizmu, rozwinęła się energiczna fagocytoza. Wreszcie poza uruchomieniem wszystkich nieswoistych ciał bakterjobójczych surowica krwi i ciecze ustrojowe zaczęły otrzymywać i swoiste niweczniki, wywołane częściowem dostawaniem się drobnoustrojów do wnętrza organizmu. Rana przechodzi w okres drugi—okres oczyszczania się.

Nazwa ta odpowiada tylko zewnętrznie temu, co się w ranie odbywa. Wewnętrznie jest to okres wytężonej walki wzajemnej drobnoustrojów z siłami ochronnemi organizmu, okres intensywnych procesów biochemicznych, zdążających do rozpuszczenia i usunięcia z organizmu produktów nekrobiozy, powstałych wskutek urazu wewnątrz i na powierzchni rany. Tak więc fagocytoza trwa w całej pełni; ciecze drobnoustrojowe, zasilone już przez swoiste niweczniki, rozpuszczają same drobnoustroje, zobojętniają ich toksyny i endotoksyny, powodują ich zlepianie się i przygotowują do fagocytozy (opsoniny) i t. p. Nieznaczne ilości drobnoustrojów lub ich jadów, które w tym czasie do organizmu się dostają, są wciąż nowemi bodźcami, powodując wytwarzanie się nowych niweczników i t. p. Prąd cieczy ustrojowych wypłukuje ze szczelin tkankowych i z głębi tkanek drobnoustroje, które się tam dostały, oraz ich toksyny i inne produkty.

W organizmie odbywa się energiczny proces proteolizy. Proces ten, jak już zaznaczyliśmy poprzednio, jest wysoce dla organizmu potrzebny: powoduje on bowiem przetrawienie, rozpuszczenie, usunięcie z organizmu, ewentualnie zużytkowanie na cele odbudowy produktów nekrobiozy komórkowej i tkankowej. Proteoliza, jak wiemy, może dochodzić do produktów końcowych t. j. do aminokwasów, lub też zatrzymywać się na wytworach przejściowych: peptonach i polipeptydach. O ile produkty końcowe nie są dla organizmu same przez się szkodliwe, służąc tylko za pożywkę dla drobnoustrojów, o tyle peptony i polipeptydy mają cechy wysoko trujące i mogą przyprawić ustrój o ciężkie, nieraz niebezpieczne dla życia objawy. Wessanie ich jest nieraz groźniejsze dla ustroju, aniżeli cały atak drobnoustrojów, które do niego wtargnęły. Wspomnieliśmy już poprzednio, że i drobnoustroje wydzielają swe własne zaczyny, które przetrawiają białko nekrobiotyczne, a nieraz i tkanki zdrowe (beztlenowce, oraz z tlenowców odmieńce i prątek

ropy błękitnej). Wytwory tej proteolizy są to peptony, wysoce trujące dla organizmu. Z proteolizą tą, idącą od zewnątrz organizmu ku wewnątrz, ustrój walczy zapomocą antyfermentów, zawartych w osoczu krwi i cieczach ustrojowych. W rezultacie proteolizy rana wkrótce staje się wilgotną, śliską, lepką i powoli pokazuje się w niej ropa.

Rozpatrzmy czem jest w istocie swej ropa.

„Materia peccans" dawnych chirurgów zawiera niewątpliwie w swym składzie wypłukane z powierzchni i wnętrza tkanek drobnoustroje i ich jady. Nie stanowią one jednak całej jej zawartości, odwrotnie stanowią ledwie drobny ułamek. Podstawowym składnikiem ropy są żywe i obumarłe leukocyty, produkty ich rozpadu — liczne zaczyny, dalej, produkty proteolizy nekrobiotycznych tkanek, wreszcie ciecze ustrojowe z ich czynnikami bakterjobójczemi.

Widzimy więc, że nie są to wcale składniki, które uważać byśmy mogli jako „materia peccans"; w przeważnej części są to produkty sił biologicznych organizmu, przeznaczonych do walki z zakażeniem i do odbudowy naruszonej struktury koloidalnej.

W miarę rozwoju tych spraw w organizmie odbywa się samowyjałowianie rany. Drobnoustroje nie mogą wtargnąć do głębi organizmu. Niszczone częściowo przez fagocyty, a głównie przez drobnoustrojobójcze ciecze ustrojowe, wymywane na powierzchnię i usuwane z rany przez prąd cieczy broniącego się organizmu, wkrótce tracą najważniejszy swój warunek rozwoju: produkty rozpadu białka nekrotycznego, w miarę jak wszystkie nekrobiotyczne koloidy przejdą w stan zolikoloidów i zostaną usunięte z organizmu.

Z postępem tych spraw liczba ich zmniejsza się coraz bardziej, ażeby ku końcowi drugiego okresu spaść do nielicznych tylko kolonij. Następuje samowyjałowienie się rany (autosterilisatio).

Okres drugi trwający zwykle 7—12 dni prowadzi do usunięcia uszkodzonych i zmartwiałych tkanek, do opanowania zakażenia, do wyjałowienia rany, ustępując ze swej strony miejsca okresowi trzeciemu, okresowi odtwórczemu, okresowi ziarninowania.

III. Okres ziarninowania.

Widzieliśmy już z poprzedniego, że ku końcowi drugiego okresu mamy ukończone 2 zasadnicze zjawiska: 1) zmianę nekrobiotycznych helikoloidów w zolikoloidy i w ten sposób usunięcie z rany wszystkich martwych komórek i tkanek z pozostawieniem wolnej przestrzeni dla procesu odtwórczego, zdążającego do wypełnienia

zadanego ubytku; 2) samowyjałowienie rany czyli usunięcie z niej, względnie zmniejszenie do minimalnej ilości drobnoustrojów i ich produktów biologicznych. W końcu tego okresu ropa traci swe cechy brunatno krwiste, staje się czystą, przezroczystą, nieraz śmietankowatą, złożoną prawie wyłącznie z leukocytów lub produktów ich rozpadu, na dnie rany pojawia się żywo—czerwona obfita ziarnina. Wszystkie procesy rozkładu białka i fermentacji i działania zaczynów ustają na granicy tkanek zdrowych. Te ostatnie przetrawieniu nie ulegają. Przeszkadzają temu zdolności antytreptyczne zdrowych tkanek. Powierzchnia tych ostatnich, a właściwie tkanka łączna, staje się źródłem wytworzenia się wspomnianej przeze mnie ziarniny. Ma ona narazie cechy tkanki jeszcze bardzo miękkiej, wodnistej, niejako zolikoloidu, zdradzającego już jednak cechy dążenia do przejścia w stan helikoloidu. Pod względem koloidalnym zastępuje ona czasowo otoczkę rany, wytworzoną w pierwszym jej okresie przez włóknik, a strawioną w drugim w czasie energicznych procesów, wywołanych przez zaczyny przyranne. Powierzchnia ziarninowa staje się otoczką już mniej dostępną dla procesów dyfuzji i osmozy. Prąd cieczy ustrojowej od wnętrza rany wskutek tego słabnie. Rozrost ziarniny związany jest z rozrostem szeregu naczyń włosowatych, a tem samem z uregulowaniem krążenia, ze zmniejszeniem się i zanikiem zastoju. Prowadzi to do większego dopływu tlenu, zmniejszenia się i zaniku kwasu węglowego i innych kwasów, a tem samem do zmniejszenia się leukocytozy, do mniejszego nacieczenia otaczających tkanek, do zaniku obrzęku i powrotu komórek do normalnej zawartości wody w protoplazmie, a tkanek we włóknach.

Pod względem bakterjologicznym nieuszkodzona ziarnina stanowi doskonałą przegrodę, przez którą nie mogą się dostać do ustroju zarazki, ma ona też właściwości drobnoustrojobójcze, powoduje ich zabijanie albo też znaczne osłabienie. Produkty ich jednak, a więc jady, mogą ulegać wessaniu i to nawet łatwiej, aniżeli w pierwszym lub drugim okresie przebiegu rany. Sprawa wessania przez tkankę ziarninową nie została dostatecznie zbadana i rozstrzygnięta w nauce. Jasne jest tylko, że z reguły to ostatnie nie występuje, o ile tylko wadliwym opatrunkiem nie wytworzymy odwrotnego prądu cieczy ustrojowych z rany do organizmu. Taką rolę odgrywa ziarnina nieuszkodzona. Wszelkie uszkodzenia mogą te wszystkie jej własności, a przedewszystkiem przeciwbakteryjne, zniszczyć lub osłabić. To samo mogą uczynić i choroby ziarniny. O tych ostatnich, jak

również i o budowie ziarniny, nie mówię. Zainteresowani znajdą to w odpowiednich podręcznikach.

W miarę rozwoju ziarniny wypełnia ona coraz bardziej ubytek tkankowy, spowodowany przez ranę, łącznie z tem sama coraz bardziej traci swe cechy zarodkowe. Ilość wody w niej szybko się zmniejsza. Proces sinerczy postępuje bardzo szybko z brzegów narasta naskórek i rana szybko zbliża się ku zagojeniu. W tym okresie spotykamy jeszcze na jej powierzchni nieliczne drobnoustroje. Za pożywkę służą im jeszcze wydostające się przez ziarninę i obumierające na jej powierzchni leukocyty, podtrzymując w ten sposób resztki dogasającego procesu. Jak widzimy, tak korzystna w okresie drugim fagocytoza, szczególniej dokonywana przez leukocyty, w okresie tym staje się szkodliwą, bowiem całkiem niepotrzebnie podtrzymuje proces zakaźny i przeszkadza zagojeniu się rany. Sprawa jednak sinerczy ziarniny postępuje dalej, leukocytów przedostaje się na powierzchnię coraz mniej, naskórek się rozrasta i rana wkrótce zamienia się w stałą i twardą tkankę bliznowatą.

Przedstawiłem tu w zarysie przebieg spraw biologicznych jakie w ranie przypadkowej, w ranie zakażonej się odbywają.

Nie potrzebuję nadmieniać, że sprawy te nie zawsze mają jednakowy przebieg, zależy to od wzajemnego stosunku sił: z jednej strony ilości i jadowitości drobnoustrojów, które do rany wtargnęły, z drugiej zaś — od sprawności i wydolności czynników odpornościowych ustroju. W jednych przypadkach drobnoustroje są tak jadowite, że odrazu porażają siły odpornościowe ustroju. Fagocytoza nie następuje, leukocyty do rany nie napływają, zaczyny proteolityczne nie rozwijają się. W innych znowu, o przeciętnej ilości i zjadliwości drobnoustrojów, organizm dzięki przemęczeniu, wyczerpaniu i t. d. ma tak zmniejszoną odporność, że czynników obronnych mu nie wystarcza nawet dla zwalczenia zakażenia o przeciętnej jadowitości. W obu przypadkach opisany przeze mnie proces w którembądź miejscu swego rozwoju zostaje przerwany, co powoduje śmierć organizmu.

Celem uzupełnienia podanego tu obrazu chcę jeszcze przytoczyć badania i wnioski Bier'a, co do znaczenia tkanki ziarninowej i wogóle charakteru i istoty spraw odtwórczych (regeneratio) odbywających się w organizmie. Tkanka ziarninowa zdaniem Bier'a to nie jest tkanka przeznaczona tylko do wypełnienia powstałych ubytków, zapomocą specjalnej, stojącej na bardzo niskim poziomie filogenetycznym tkanki bliznowatej; ale jest to tkanka „zarodkowa"

w całem tego słowa znaczeniu, tkanka, która zdolna jest w bardzo wielu przypadkach prowadzić do zupełnej regeneracji utraconych części i tkanek. Pod tym względem bierze on za przykład niższe zwierzęta, gdzie regeneracja tkanek, a nawet całych organów odbywa się w zupełności. Wprawdzie u kręgowców, bardziej u ssaków, a już najbardziej u człowieka, straciła ona większą część swej energji potencjalnej. W bardzo wielu jednak przypadkach do bardzo daleko idącej regeneracji właściwych tkanek dochodzi, jeśli zachowamy szereg warunków, które dla takiej regeneracji są konieczne. Warunków tych jest dużo, lecz najważniejsze z nich są:

1) Pozostawienie wolnej przestrzeni („Lücke“ wedle Biera).

2) Odpowiednia pożywka (Nährboden), składająca się albo z naturalnych soków organizmu: krwi, chłonki, produktów rozszczepienia zniszczonych tkanek, lub też sztucznych pożywek: rozczyn fizjologiczny, żelatyna 20%-owa i t. p.

3) Zupełny spokój, polegający na usunięciu wszelkich czynników drażniących, traumatycznych jak termicznych, tak chemicznych i bakterjologicznych.

4) Dostateczny dopływ krwi.

5) Odpowiednia ciepłota.

6) Dostateczna wilgotność, szczególniej dla tkanki łącznej ścięgien (regeneracja naskórka wymaga suchego powietrza i światła).

7) Odpowiedni niezbyt późny wiek.

Zdaniem Bier'a, gdyby się udało zapewnić w całości ranie te czynniki, regeneracja mogłaby być prawie zupełną.

Do szeregu czynników drażniących zalicza Bier w pierwszym rzędzie infekcję, dalej wszelkie szwy, dreny, sączki, podwiązki i t. p. które zdaniem jego znoszą wolną przestrzeń, niszczą w ten sposób pierwszy warunek regeneracji, usuwają od ziarniny wszelkie płyny odżywcze, czem niszczą drugi i szósty warunek, i wreszcie, będąc ciałami obcemi, zużywają na walkę ze sobą siły tkanki ziarninowej, które mogłyby pójść na czynności odtwórcze i prowadzić do pełniejszej regeneracji. Nie potrzebuję chyba specjalnie zaznaczać, że zakażenie, zużywając większość sił tkanki łącznej na walkę z niem, musi najsilniej upośledzać regenerację. W sprawie regeneracji zdaniem Bier'a i Sudernatscha dużą rolę odgrywają hormony gruczołów wkrewnych jak grasica, tarczyca, nadnercze, jądro i t. p. Tak np. karmienie zarodków żaby (ranae esculentae) tarczycą i jajnikiem wywołuje przedwczesne zróżnicowanie ciała tych ostatnich przy jednoczesnem zahamowaniu wzrostu, odwrotnie karmienie grasicą wywołuje gigantyczny wzrost, znosi natomiast zróżnicowanie tkanek.

Stan odżywiania organizmu w tym czasie nie odgrywa większej roli, bowiem zwierzęta same w tym czasie, jak w czasie choroby, nie jedzą, a i obserwacje u ludzi głodujących większych zaburzeń w regeneracji nie wykazały (Trinkler, Schimmelbusch). Wszelkie transplantacje grają rolę tylko bodźca, pobudzającego tkankę ziarninową do większej zdolności regeneracyjnej, bowiem same transplantaty obumierają, a tylko w ich miejsce wchodzi tkanka ziarninowa, która w ten sposób doprowadza do pełnej regeneracji (Roux, Jores, Bier).

Ropa zdaniem Bier'a jest niewątpliwie tą dobrą pożywką, na której tkanka ziarninowa może wyjawić maximum swej siły potencjalnej.

Aczkolwiek w teorji tej jest dużo presady: bowiem, jak już zaznaczyliśmy, energja potencjalna tkanki ziarninowej jako produktu tkanki łącznej jest u człowieka niewielką, to jednak w ogólnych zarysach podane wnioski Bier'a mają niewątpliwie swe uzasadnienie i na nie musimy przy leczeniu ran zwracać baczną uwagę.

Już z tego krótkiego opisu przebiegu gojenia się ran przypadkowych możemy wysnuć kilka wniosków, które w sprawie leczenia odgrywają pierwszorzędną rolę.

1) Przedewszystkiem widzimy, że nie samo dostawanie się drobnoustrojów do rany, nie sama ich ilość i jadowitość, ale, i to przedewszystkiem, o powstaniu zakażenia decyduje obecność w ranie martwych lub uszkodzonych komórek i tkanek, a im większą jest ona, tem bardziej podnosi szanse zakażenia.

2) W sprawie oczyszczania się i samowyjałowienia rany ogromną rolę odgrywają, jak fagocyty stałe, tak przedewszystkiem fagocyty ruchome, ich jaknajobfitszy dopływ w drugim okresie jest zjawiskiem wysoce korzystnem. Nie tyle jednak odgrywają tu rolę fagocyty, ile wydzielone przez nie zaczyny, które rozwijają silnie procesy proteolityczne i tem powodują jaknajprędsze rozszczepienie i zamianę na zolikoloidy nekrobiotycznego białka oraz usunięcie go z organizmu, są one przeto najpotężniejszym czynnikiem w sprawie samowyjałowienia rany.

3) W okresie natomiast trzecim przenikanie na powierzchnię ziarniny leukocytów jest czynnikiem szkodliwym: podtrzymuje bowiem zakażenie rany i przeszkadza gojeniu się tej ostatniej.

4) Zgubny wpływ na organizm mogą mieć nietylko same drobnoustroje i ich produkty biologiczne, ale i produkty proteolizy tkanek nekrobiotycznych. Z tych ostatnich najbardziej jadowitemi

są produkty proteolizy drobnoustrojowej, następnie produkty przejściowe wytworzone przez proteolizę, nie dochodzącą do produktów końcowych.

5) Ropa jest czynnikiem szkodliwym tylko wtedy, gdy zawiera w sobie dużo drobnoustrojów i ich jadów oraz wymienione przed chwilą produkty proteolizy, w innych zaś razach jest cieczą wielce korzystną i ułatwiającą regenerację.

Widzimy, jak potężnie ustrój jest zaopatrzony w czynniki ochronne i jak złożony jest w nim system walki z zakażeniem i proces odtwórczy. Nie zdziwi nas przeto, że dla lekkich i średnio ciężkich zakażeń czasu pokojowego metoda konserwatywna była dostateczną i dawała dobre rezultaty. Jednak w zakażeniach ciężkich, jakie widzieliśmy na wojnie, metoda ta zbankrutowała. Poznawszy te wszystkie sprawy, jakie się odbywają w ranie, nie możemy patrzeć na nią tylko z bakterjologicznego, a właściwie bakterjobójczego punktu widzenia. Oglądając dzisiejszą ranę, chirurg winien dokładnie zdać sobie sprawę, co się w niej dzieje, w jakim okresie i w jakim stadjum swego rozwoju rana się znajduje, przez jakie procesy świata koloidalnego ona obecnie przechodzi, wreszcie, jaki jest wzajemny stosunek sił atakujących drobnoustrojów i czynników odpornościowych, chroniących organizm, jakie są szanse zwycięstwa tej lub innej strony. Wreszcie winien odpowiedzieć sobie na pytanie, gdzie i w czem leżą słabe strony organizmu i na czem one polegają.

Dziś już nic nie możemy przytoczyć na obronę postępowania konserwatywnego. Samo poznanie wskazanych spraw zmusza nas do postępowania czynnego, do aktywizmu w leczeniu ran, mianowicie do usuwania tych przeszkód, które organizm w swej walce z drobnoustrojami napotyka, oraz do wspomożenia sił organizmu, gdy te ostatnie okazują się za słabe do zwalczania przeciwnika.

Nie możemy powiedzieć, że wojna światowa wynalazła i usystematyzowała jakąś nową metodę leczenia ran. Chirurdzy tej doby tego nie uczynili, rozpoczęli oni tylko i daleko posunęli pracę w kierunku poznania spraw biologicznych, zachodzących w ranie, oraz wskazania dróg, podstawowych sposobów i metod, któremi w przyszłości leczenie ran przypadkowych i chirurgicznych chorób zakaźnych kroczyć winno. Dalsze pogłębienie tych rzeczy oczekuje badaczy.

(D. c. n.)

Sprawozdanie z działalności
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
w roku akademickim 1929/1930

(Od 15/IX. 1929 r. do 15/IX. 1930 r.)

przedstawił

Prof. Dr. Władysław Jakowicki

Dziekan Wydziału Lekarskiego.

Rok sprawozdawczy rozpoczęły uroczystości, związane z obchodem 350-letniego jubileuszu Wszechnicy Batorowej, a jednocześnie 10-lecia Jej wskrzeszenia.

Z okazji tej nie tylko Uniwersytet, jako całość, ale i Wydział Lekarski otrzymał z wielu stron i od szeregu organizacyj dużo dowodów uznania i przyjaźni. Na tem miejscu niech wolno będzie złożyć wyrazy serdecznej podzięki tym wszystkim, którzy się przyczynili do uświetnienia naszej uroczystości i pośpieszyli z życzeniami, w szczególności zaś bratniemu Wydziałowi Warszawskiemu za wspaniały dar w postaci łańcucha dziekańskiego. Drugi łańcuch, jak wiadomo, ofiarowali członkowie naszego Wydziału.

Nie mniej doniosłem wydarzeniem dla Wydziału był XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, który po raz pierwszy obradował w murach Wilna.

Wszystkie te uroczystości zakończyły niejako i uwieńczyły pierwszy okres istnienia wskrzeszonej Uczelni, okres organizacyjny.

Historja pierwszego dziesięciolecia Wydziału w opracowaniu niezapomnianej pamięci ś. p. Prof. D-ra Stanisława Trzebińskiego wkrótce ukaże się w druku. Znajdzie się w niej niewątpliwie miejsce na wykazanie tego, jak skromnemi środkami organizację Wydziału przeprowadzono. Pozwoli to uzasadnić potrzebę wprowadzenia w życie planu gospodarczego,. który Rada Wydziału w roku bieżącym opracowała, a Senat zatwierdził, jako minimum jego potrzeb.

I. Budowy i remonty.

Na mocy umowy pomiędzy Uniwersytetem a Dowódcą O. K. Grodno z roku ubiegłego, kosztem 240000 zł., przyznanych przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, rozszerzono **Kliniki Chirurgiczną i II-gą Wewnętrzną.**

Kliniki te, pomieszczone na parterze i II piętrze, otrzymały do równego podziału I piętro i przez to zwiększyły swą powierzchnię każda o 50%. Po przeprowadzeniu odpowiedniego remontu II-ga Klinika Wewnętrzna uzyskała obszerną przychodnię z poczekalnią, pokoje do badań chorych, pokój lekarza dyżurnego, wreszcie pomieszczenia dla Roentgen'a, zwierząt doświadczalnych i kuchni djetetycznej. Klinika Chirurgiczna zaś uzyskała salę operacyjną aseptyczną wraz z pomieszczeniem dla sterylizacji parowej, sale dla chorych po operacjach aseptycznych, wreszcie własną salę wykładową z pokojem przygotowawczym.

Na wniosek Prof. Dr. Michejdy składam tutaj gorące podziękowanie Jego Magnificencji Rektorowi A. Januszkiewiczowi za udzielaną w ciągu długich 8 lat gościnę na swej sali wykładowej klinice chirurgicznej; stan ten był bardzo uciążliwy dla obu kierowników tych klinik, dla chorych i personelu.

Przeprowadzone w ten sposób adaptacje usuwają szereg braków w obu klinikach i na dłuższy czas stwarzają dla nich warunki możliwej pracy.

W związku z dużemi robotami budowlanemi, obecnie przeprowadzanemi, Kierownik kliniki chirurgicznej zapoczątkował urządzenia sterylizacyjne, używając na ten cel przyznaną przez M. W. R. i O. P. dotację nadzwyczajną w sumie 5000 zł. Suma ta jest jednak niewystarczająca i plan gospodarczy Wydziału przewiduje odpowiednią pozycję na dokończenie sterylizacji i na urządzenie wewnętrzne nowego piętra.

Klinika chorób dziecięcych uzyskała w tym roku kredyty na budowę werandy dla chorych i przebudowę przychodni. Roboty w najbliższym czasie będą ukończone i w ten sposób również i w tej klinice usunięte zostaną najbardziej dotkliwe braki.

Klinika chorób skórnych przeprowadziła tylko drobny remont, nadto przegrodzono w niej korytarz, przez co uzyskano oddzielenie oddziału kobiecego od męskiego.

Dużym brakiem tej kliniki jest nieodpowiednie pomieszczenie dla przychodni.

W klinice chorób usznych i gardlanych odnowiono sale chorych i salę wykładową.

Klinika psychjatryczna na żądanie Min. Rob. Publ. opracowała w tym roku plan budowy pawilonu klinicznego, który ma być częścią Państwowego Szpitala Psychjatrycznego przy ulicy Letniej. Koszt budowy obliczono w przybliżeniu na 360000 złotych.

Przez wybudowanie tego pawilonu zostaną zaspokojone najpilniejsze potrzeby klinik antokolskich.

W ciężkich warunkach znajdują się kliniki w szpitalu Ś-go Jakóba, a więc **I-sza klinika wewnętrzna i neurologiczna.**

Pomieszczenia, zajmowane przez te kliniki, są nader ciasne i nie odpowiadają wymogom, stawianym zakładom uniwersyteckim. W roku sprawozdawczym musiano poprzestać na odświeżeniu kliniki chorób nerwowych i przerobieniu gabinetu lekarskiego.

Klinika położniczo - ginekologiczna przeprowadziła gruntowny remont kotła do ogrzewania wody, pieców na sali operacyjnej, urządzeń kanalizacyjnych na oddziale położniczym; zmieniono częściowo sufit w pralni, zrobiono żelazne okiennice w piwnicy, nadto przeprowadzono szereg drobnych poprawek. Elewacja gmachu wymaga gruntownego remontu. Remont ten wciąż jest odkładany w oczekiwaniu przyznania kredytu na rozbudowę gmachu.

Sprawa rozbudowy jest nad wyraz pilna. Klinika istnieje już 7 lat bez położniczego oddziału septycznego. Jest to stan niedopuszczalny nawet w małych zakładach prywatnych i grozi wciąż niebezpieczeństwem wybuchu gorączki połogowej w zakładzie.

Stan ten uniemożliwia również klinice racjonalną pracę dydaktyczną przez pozbawienie jej najcenniejszego materjału klinicznego, z którym lekarze prowincjonalni najczęściej się spotykają.

Przechodząc do **Zakładów teoretycznych,** stwierdzić trzeba, że z powodu całkowitego braku kredytów sprawa wykończenia nowego gmachu dla **Zakładu anatomji opisowej** nie posunęła się zupełnie naprzód. W nowym gmachu, oprócz wewnętrznego urządzenia brak jest tylko podłóg i robót malarskich. W obawie przed zniszczeniem centralnego ogrzewania w zimie trzeba gmach opalać.

Nie tylko wykończenie wzniesionej już części gmachu, ale i budowa przewidzianego w pierwotnym projekcie skrzydła jest rzeczą pierwszorzędnej wagi. Wykonanie całego planu pierwotnego da dopiero należyte pomieszczenie dwu zakładom: anatomji opisowej i histologji.

Rozpaczliwa jest sytuacja **Zakładu patologji ogólnej,** który własnego lokalu nie posiada. Z chwilą, gdy obsadzono katedrę patologji ogólnej przez powołanie na profesora Doc. Pelczara z Krakowa, budowa nowego zakładu staje się wprost konieczna.

Nie mniej daje się odczuwać brak własnej sali wykładowej **Zakładowi chemji fizjologicznej.** Prowadzenie wykładów chemji w sali innego zakładu uniemożliwia demonstracje i dokonywanie

prób chemicznych, przez co obniża się wartość dydaktyczną wykładów.

W planie swym Rada Wydziału proponuje nadbudować pół piętra nad budynkiem cerkiewnym w gmachu Collegium Czartoryskich i umieszcza w nim zakład patologji ogólnej i salę wykładową dla zakładu chemji fizjologicznej.

Zakład Medycyny sądowej dla swojej części naukowej uzyska w najbliższym czasie odpowiednio odrestaurowany lokal na parterze gmachu Collegium Czartoryskich.

Nadbudowa więc i przeróbka budynku cerkiewnego i wykończenie gmachu anatomji opisowej załatwiłyby sprawę lokali zakładów teoretycznych, mieszczących się w gmachu Collegium Czartoryskich.

W związku z przeniesieniem zakładu anatomji opisowej do nowego gmachu, opróżnione przezeń pomieszczenia w Collegium Śniadeckich oddane być mają Wydziałowi matematyczno-przyrodniczemu. Jednocześnie, w myśl dawnych uchwał Senatu, Wydział matematyczno-przyrodniczy ma zwolnić i oddać do dyspozycji Wydziałowi lekarskiemu kilka pokoi w Collegium Piłsudskiego przy ul. Objazdowej. Po przeprowadzeniu odpowiednich remontów znajdzie tam pomieszczenie nowo tworzący się **Zakład farmacji stosowanej.** Katedra tego przedmiotu już w roku sprawozdawczym została Wydziałowi przyznana.

Zorganizowanie tego zakładu jest konieczne ze względu na potrzebę ukończenia organizacji Oddziału farmaceutycznego.

Rozszerzenie pomieszczeń dotychczasowych zakładów tego oddziału, a zwłaszcza Zakładu farmakognozji jest sprawą równie pilną.

W **Zakładzie Histologji** przeprowadzono remont w 3 pracowniach i naprawiono 9 pieców.

Zakład Chemji farmaceutycznej przeprowadził drobny remont.

Zakład Fizjologji w roku sprawozdawczym nie uzyskał środków na urządzenie amfiteatru w swej sali wykładowej, z której korzysta kilku wykładowców.

Również i **Zakład anatomji patologicznej** nie dokonał żadnych instalacyj, a przedewszystkiem nie uzyskał jeszcze kostnicy. Rozszerzenia okien w sali ćwiczeń i prosektorjum z braku kredytów nie można było przeprowadzić.

Lokal i urządzenie wewnętrzne **Polikliniki stomatologicznej** jest w dalszym ciągu bolączką Wydziału. **Jedynem racjonalnem wyjściem z tej sytuacji jest wynajęcie mieszkania w środ-**

mieściu i dostosowanie go do potrzeb zakładu. Zakład tak zorganizowany będzie mógł się utrzymać swojemi siłami drogą samowystarczalności.

W planie gospodarczym Wydziału potrzeby Polikliniki stomatologicznej wysuwają się na jedno z pierwszych miejsc.

II. Inwentarze. Dotacje.

W związku z opracowaniem planu gospodarczego Wydziału na najbliższe lata ustalono w przybliżeniu wartość inwentarza poszczególnych zakładów i klinik.

Wartość inwentarza oszacowano, jak następuje:

Zakładu Anatomji opisowej	na	59850	zł.
„ „ patologicznej	„	43000	„
„ Bakterjologji	„	30680	„
„ Biologji ogólnej	„	114080	„
„ Chemji fizjologicznej	„	45220	„
„ Farmakologji	„	23560	„
„ Fizjologji	„	95150	„
„ Higjeny	„	33640	„
„ Histologji i embrjologji	„	32733	„
„ Historji i filozofji medycyny	„	6590	„
„ Medycyny sądowej	„	40000	„
„ Patologji ogólnej	„	8500	„
Kliniki chorób wewnętrznych I	„	84500	„
„ „ „ II	„	156744	„
„ „ dziecięcych	„	65840	„
„ „ nerwowych	„	71600	„
„ „ psychicznych	„	48350	„
„ „ skórnych i wenerycznych	„	66010	„
„ chirurgicznej	„	189770	„
„ położn.-ginekologicznej	„	88420	„
„ uszno-gardlanej	„	85080	„
„ ocznej	„	80050	„
Zakładów Oddziału Farmaceutycznego:			
a) Zakładu Chemji farmaceutycznej	na	15000	zł.
b) Zakładu farmakognozji	„	38850	„

W sumie tej mieści się wartość bibljotek zakładów i Klinik Wydziału, oszacowana ogólnie na 463400 złotych.

Jeżeli się uwzględni, że składają się na tę sumę 24 bibljoteki zakładowe, że w Wilnie niema większych nowoczesnych księgozbiorów lekarskich, że nawet w bibljotece uniwersyteckiej dział ten prawie nie istnieje, zrozumiały stanie się fakt, że szereg zakładów nie posiada podstawowych dzieł i czasopism, bez których prowadzenie pracy naukowej jest wprost niemożliwe. Trzeba też stwierdzić, że w Wilnie utrzymanie kontaktu z bieżącem piśmienictwem lekarskiem jest wysoce utrudnione.

W swym planie gospodarczym **Rada Wydziałowa ustaliła, że 143000 zł. jest minimalną sumą, która jest niezbędna dla uzupełnienia najdotkliwszych braków w księgozbiorach zakładów teoretycznych,** i wysunęła te potrzeby na plan pierwszy.

W okresie sprawozdawczym Wydział Lekarski otrzymał następujące dotacje:

z § **9 — 18896 zł.** — co stanowi około 24% dotacji z tego paragrafu na cały Uniwersytet.
Suma ta rozdzielona na poszczególne zakłady zużyta została na drobne instalacje i remonty;

z § **10 — 83209 zł.** — (34% dotacji na cały Uniwersytet).

Nadto z sum pozabudżetowych M. W. R. i O. P. otrzymały:

Zakład anatomji patologicznej — 3000 zł., Zakład histologji — 8000 zł., Klinika chirurgiczna—5000 zł., Klinika skórno-weneryczna—10000 zł., Zakład farmakognozji — 2400 zł.

Z dotacji tych, jako naukowych, zakupiono:

1) Przedewszystkiem książki i czasopisma a więc: Zakład anatomji opisowej — 36 tomów, zakład anatomji patologicznej — 40 t., zakład bakterjologji — 17 t., zakład biologji — 48 t., zakład chemji fizjologicznej—51 t., zakład farmakologji—28 t., zakład fizjologji—44 t., zakład higjeny — 201 t., zakład histologji i embrjologji — 52 t., zakład historji i filozofji medycyny—114 t., zakład medycyny sądowej—2 t., zakład patologji ogólnej—2 t., zakład chemji farmaceutycznej—19 t., zakład farmakognozji — 60 t., klinika wewnętrzna I — 81 t., klinika wewnętrzna II — 118 t., klinika dziecięca — 43 t., klinika neurologiczna — 75 t., klinika psychjatryczna — 274 t., klinika skórno-weneryczna—13 t., klinika chirurgiczna—80 t., klinika położniczo-ginekologiczna — 67 t., klinika uszno-gardlana — 39 t., klinika oczna — 50 t., poliklinika stomatologiczna — 9 tomów.

Razem **wszystkie zakłady i kliniki zwiększyły swoje księgozbiory o 1534 tomy.**

2) Przyrządy i urządzenia naukowe, że wymienię najważniejsze: Zakład anatomji patologicznej zakupił duży mikroskop Zeiss'a, w zakładzie chemji fizjologicznej przeprowadzono całkowite urządzenie do analizy elementarnej, zakład farmakologji nabył wskaźnik biegunów i fotometr, zakład histologji zakupił 5 mikroskopów do ćwiczeń i mikromanipulator Chambers'a, zakład higjeny zwiększył swoje pomoce naukowe o 76 pozycyj, a zakład chemji farmaceutycznej o 133 pozycje, zakład farmakognozji nabył szereg kollekcyj surowców roślinnych i alkaloidów nadto 6 mikroskopów Leitz'a, prasę hydrauliczną i aparat destylacyjny do olejów eterycznych. Z § 20 otrzymały kliniki na pokrycie swych niedoborów 188538 zł., a więc prawie całkowitą sumę preliminowaną na ten cel w budżecie 1929—1930 roku (192538 zł.), nadto z sum pozabudżetowych M.W.R. i O.P. wyasygnowało klinice skórno-wenerycznej 11976 zł. na zapłacenie wojsku należności za lata ubiegłe.

Z dotacji tego paragrafu, z wpływów od chorych i dobrowolnych opłat, składanych przez chorych, kliniki zakupiły szereg przedmiotów. — Wymienię najważniejsze: klinika wewnętrzna I nabyła lampę kwarcową i trochoskop, Klinika wewnętrzna II—zmieniła dotychczasowy aparat Roentgenowski na nowy duży aparat „Polyphos", nabyła sphygmokardiograf Jaquet'a i kasetę do elektrokardiografu. Klinika chorób dziecięcych — refraktometr i nowe aparaty do mierzenia ciśnienia krwi, klinika psychjatryczna — mikrotom, cieplarkę elektryczną i aparat rejestrujący Lutenbacha, klinika chorób skórno-wenerycznych — aparat fotograficzny, autoklaw, mikrotom, wagę analityczną, termostat, kilka miligramów radu i przetwornicę. W klinice chirurgicznej inwentarz operacyjny wzrósł o 177 numerów, klinika położniczo-ginekologiczna nabyła fantom do ćwiczeń, szereg modeli miednic, mikroskop Leitz'a, szereg narzędzi operacyjnych i do ćwiczeń, klinika uszno-gardlana — polylaryngoskop Brünings'a, pneumonystagmograf, spirometr, aparat do zapisywania mowy, poliklinika stomatologiczna nabyła fotel dentystyczny, lampę Sollux i sterylizator.

Rachunek Funduszu kancelaryjnego (opłaty egzaminacyjne, koszty biurowe):

Saldo na 1/IX. 1929 r.	Zł. 9194, gr. 75.
Wpłynęło w ciągu roku	Zł. 7606, gr. 76.
Razem: . .	Zł. 16801, gr. 51.

Wydatki:

koszta urządzenia dziekanatu (zakup mebli i portjer) . .	Zł.	7280.	
przelano na Fundusz wydawniczy Wydziału	Zł.	3000.	
wydatki biurowe, remont i in. .	Zł.	4094,87.	
pożyczki zwrotne	Zł.	700.	
			Zł. 15074, gr. 87.
Saldo: na 15/IX 30 r. . .			Zł. 1726, gr. 64.

Kosztem blisko 7500 zł. przeprowadzono remont lokalu dziekanatu, zmieniono armaturę elektryczną i zakupiono biurko, duży stół do obrad, szafę na togi, 2 fotele i 22 krzesła obite skórą, nadto portjery do okien i drzwi.

Na tem miejscu niech mi wolno będzie złożyć słowa gorącej podzięki Panu Dziekanowi Prof. Ruszczycowi za cenne wskazówki i pomoc w urządzeniu dziekanatu i opracowanie modelu krzesła, jak również Prof. Muszyńskiemu za dwie palmy, ofiarowane dziekanatowi.

Dawne meble (stół, 2 fotele i 12 krzeseł) oddano jako depozyt Kołu medyków.

Z Funduszu wydawniczego Rada Wydziałowa udzieliła pożyczek administracji Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego U. S. B. . . . . Zł. 1000.
i Kołu medyków na wydanie podręcznika prof. Szmurły . . Zł. 1000.

Rachunek Funduszu Rady Wydziałowej na dz. 15/IX.1930 r.

Saldo na 1/IX. 1929			Zł. 3542. —
Wpłynęło			Zł. 2350. —
		Razem: . .	Zł. 5892. —
Wypłacono jako zasiłek administracji Pamiętnika Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału Lekarskiego U.S.B. .	Zł.	3000. —	
Wypłacono nagrody za prace asystentów	Zł.	1250. —	
Wypłacono nagrody za prace studentów	Zł.	500. —	
Wypłacono zapomogi na druk prac asystentów	Zł.	442. —	
Wypłacono na restaurację grobów profesorów i wydatki inne .	Zł.	329, 50.	
			Zł. 5521, gr. 50.
Saldo: na dz. 15/IX. 1930 r. .			Zł. 370, gr. 50.

III. Skład osobowy.

A. Grono nauczycielskie.

Z początkiem roku sprawozdawczego grono nauczycielskie składało się:

z profesorów honorowych 3
" zwyczajnych 11
" nadzwyczajnych 9
z docentów habilitowanych 5

Zaraz na początku roku akademickiego Wydział poniósł ciężką stratę; w dniu 27 października 1929 r. zmarł nagle profesor honorowy i kierownik kliniki psychjatrycznej Rafał Radziwiłłowicz, w końcu zaś roku w dniu 26 czerwca 1930 r. utraciliśmy jednego z najstarszych i najzasłużeńszych członków Wydziału profesora zwyczajnego historji i filozofji medycyny Stanisława Trzebińskiego.

W osobach Zmarłych odeszli nie tylko wybitni uczeni i zasłużeni lekarze, ale i ludzie wyjątkowych walorów ducha i charakteru. Cześć Ich Pamięci!.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego był profesor nadzwyczajny położnictwa i ginekologji Dr. Władysław Jakowicki, prodziekanem profesor nadzwyczajny chirurgji Dr. Kornel Michejda. Delegatami docentów do Rady Wydziałowej — doc. fizjologji Dr. Edward Czarnecki i doc. neurologji Dr. Adolf Falkowski.

22 października 1929 roku docent Uniwersytetu Jagiellońskiego Dr. Stanisław Hiller otrzymał nominację na profesora nadzwyczajnego histologji i embrjologji i w dniu 5 listopada objął katedrę.

Również 22 października 1929 r. docent Uniwersytetu Warszawskiego Dr. Feliks Malinowski otrzymał nominację na profesora nadzwyczajnego kliniki dermatologicznej i w dniu 30 listopada objął katedrę.

Rada Wydziału powołała na katedrę psychjatrji docenta neurologji Uniwersytetu Warszawskiego Dr. Maksymiljana Rosego i na katedrę patologji ogólnej docenta Uniwersytetu Jagiellońskiego Dr. Kazimierza Pelczara. Uchwały powyższe zostały zatwierdzone przez Senat i odnośne wnioski przesłano do Ministerstwa.

15 maja 1930 r. profesor nadzwyczajny anatomji patologicznej Dr. Kazimierz Opoczyński został mianowany profesorem zwyczajnym.

Rada Wydziałowa i Senat wystąpiły o mianowanie profesorami zwyczajnymi: profesora nadzwyczajnego chirurgji Dr. Kornela Mi-

chejdy i profesora nadzwyczajnego pedjatrji Dr. Wacława Jasińskiego. Odnośnie do nominacji Prof. Jasińskiego otrzymano odpowiedź z Ministerstwa, że w roku bieżącym sprawa nominacji nie może być załatwiona z tego powodu, iż katedra pedjatrji jest katedrą nadzwyczajną. W roku bieżącym Ministerstwo przekształciło nadzwyczajne katedry chirurgji i położnictwa na katedry zwyczajne. Wydział wystąpił z wnioskiem o zmianę katedry pedjatrji i medycyny sądowej na katedry zwyczajne.

W końcu roku akademickiego Ministerstwo przyznało Wydziałowi katedrę farmacji stosowanej—w ten sposób oddział farmaceutyczny w roku przyszłym będzie posiadał 3 podstawowe katedry.

Jednocześnie Ministerstwo poleciło nie obsadzać katedry historji i filozofji medycyny, opróżnioną po śmierci ś. p. Prof. Dr. Stanisława Trzebińskiego, pozostawiając etat katedry do dyspozycji Wydziału. Sprawą tą Wydział będzie musiał się zająć w roku przyszłym.

W ciągu roku sprawozdawczego Rada Wydziałowa przeprowadziła habilitacje Dr. med. Janiny Hurynowiczówny z zakresu neurologji i Dr. med. Tadeusza Wąsowskiego z zakresu otolaryngologji. Akty habilitacyjne zostały już przez Ministerstwo zatwierdzone.

Z końcem roku sprawozdawczego Rada Wydziałowa składała się zatem: z 11 profesorów zwyczajnych, 10 nadzwyczajnych i 2 delegatów-docentów. Poza członkami Rady wydziałowej do grona nauczycielskiego należą: dwaj profesorowie honorowi i pięciu docentów.

B. Rada Wydziału.

Odbyło się 19 posiedzeń zwyczajnych i 3 nadzwyczajne: 2 poświęcone pamięci zmarłych profesorów i 1 dla wyboru dziekana.

Obecnych było przeciętnie 74% członków, usprawiedliwiło nieobecność 16%.

Jako najważniejsze prace, dokonane przez Radę Wydziału, wymienić trzeba następujące: przeprowadzenie obsady dwóch katedr, opracowanie 2 wniosków o uzwyczajnieniu profesorów nadzwyczajnych i 2 aktów habilitacyjnych; opracowanie planu gospodarczego Wydziału na najbliższe lata, opracowanie planu budowy pawilonu kliniki psychjatrycznej, opracowanie regulaminu funduszu wydawniczego i regulaminu dla wolontarjuszy, hospitantów i asystentów tytularnych, regulaminu przyjęć na 1 rok studjów, opracowanie statutu i budżetu Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek, opracowanie wniosku o zwolnienie od opłat studentów odbywających służbę wojskową. Nadto uchwalono wyasygnować z funduszu Wydziału 300

franków na pomnik Widal'a, poprzeć wniosek Uniwersytetu Jagiellońskiego w sprawie egzaminów nostryfikantów, poprzeć memorjał asystentów wyższych uczelni w sprawie poprawy ich bytu.

Rada Wydziału wzięła udział w konferencji międzywydziałowej w miesiącu czerwcu przez swego przedstawiciela prof. Jasińskiego.

C. Doktoraty honorowe.

W związku z obchodem jubileuszu Uniwersytetu Rada Wydziału nadała doktoraty medycyny honoris causa następującym uczonym:

Prof. Antoniemu Gluzińskiemu z Warszawy,
Prof. Kazimierzowi Kostaneckiemu z Krakowa,
Prof. Karolowi Richet'owi (senj.),
Prof. Henrykowi Roger'owi z Paryża,
Prof. Ludwikowi Bruntz'owi z Nancy,
Prof. Ludwikowi Puusepp'owi z Tartu,
Dr. Pawłowi Baillard'owi z Paryża.

D. Naukowe siły pomocnicze.

Na początku roku Wydział miał:
adjunktów 9,
inspektora ogrodu roślin lekarskich 1,
st. asystentów 37,
ryczałt na asystentów młodszych wynosił 22776 punktów,
asystentów tytularnych 3.

W ciągu roku przyznano 2 adjunktury: zakładowi higjeny i farmakognozji i 1 st. asystenturę.

E. Urzędnicy — 8 etatów:

w dziekanacie: sekretarz w IX st. służb., rachmistrz w XI st. sł. w administracji klinik: asystentów rachunkowych w X st. sł. — 3, rachmistrzów w XI st. sł. — 3.

F. Funkcjonarjusze niżsi — 160 etatów:

X st. służb. — 35 etatów (w tem 1 gospodyni, 5 akuszerek i 29 sióstr).

XII st. służb. — 3 etaty (1 mechanik i 2 felczerów).

XIII st, służb. — 21 etat (6 preparatorów, 2 laborantów, 2 akuszerki, 2 dozorców, 8 sióstr, 1 woźny).

XIV st. służb. — 3 etaty (1 palacz, 1 siostra, 1 woźny).

XV st. służb. — 41 etat (4 pielęgniarki, 27 woźnych, 2 kucharki, 1 służąca, 3 praczki, 4 sanitarjuszy).

XVI st. służb. — 57 etatów (1 stróż, 1 robotnik stały, 55 posługaczek).

W roku sprawozdawczym przesunięto 35 sióstr i akuszerek do stopni służb. wyższych ze względu na przyznane przez M. W. R. i O. P. 35 etatów X st. sł. zamiast etatów niższych stopni.

IV. Uczniowie.

Do egzaminu konkursowego na I-szy kurs medycyny zgłosiło się 224 kandydatów. Po złożeniu egzaminu z fizyki i chemji w zakresie programu szkół średnich, na podstawie regulaminu, opracowanego w roku ubiegłym przez Radę Wydziału, przyjęto 124 osoby, na wyższe kursy — 14 osób.

W I trymestrze Wydział Lekarski liczył 653 studentów. Na oddział farmaceutyczny — zgłosiło się 97 kandydatów, przyjęto na I kurs 45; w I trymestrze oddział liczył 166 studentów.

I. Na Wydziale Lekarskim:

	Wyznania:						Razem
	Rz. Kat.	Praw.	Ewang.	Gr. Kat.	Mahom.	Mojż.	
Mężczyzn	251	35	3	5	2	193	489
Kobiet	106	18	1	—	2	37	164
Ogółem	357	53	4	5	4	230	653

II. Na Oddziale Farmaceutycznym:

	Wyznania:						Razem
	Rz. Kat.	Praw.	Ewang.	Gr. Kat.	Mahom.	Mojż.	
Mężczyzn	34	3	—	9	—	18	64
Kobiet	73	11	1	1	1	15	102
Ogółem	107	14	1	10	1	33	166

Absolutorjum udzielono — 94 osobom.

Dyplom doktora medycyny przyznano:

P. Helenie Kulikowskiej na podstawie pracy p. t. „Otrzymywanie hodowli prątków gruźliczych z zastosowaniem sposobu Bossan i Body i podłoża Besredki".

Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskało 97 absol-

wentów (72 mężczyzn, 25 kobiet; 70 polaków, 24 żydów, 2 białorusów i 1 rosjanin).

Dyplomów magistrów farmacji wydano 42 (mężczyzn 27, kobiet 15; polaków 27, żydów 14, ukrain. 1).

Złożyło podań o nostryfikację dyplomów: 24 osób, dopuszczono do nostryfikacji bez zastrzeżeń 21 osób, warunkowo — 3, nieprzystąpiło do egzaminu 3. Nostryfikowano dyplomów zagranicznych—33 (mężczyzn 28, kobiet 5; żydów 22, ukraińców 10, polak 1).

Podań o zwolnienie od opłat akademickich złożono — 99.

Na podstawie świadectw niezamożności zwolniono całkowicie, częściowo, lub odroczono opłaty 92 studentom, odmówiono — 7 petentom. Na oddziale farmaceutycznym opłaty odroczono lub od opłat zwolniono 24 studentów.

W roku sprawozdawczym rozporządzał Wydział Lekarski 20 stypendjami, w tem było:

państwowych (po 150 zł. miesięcznie w ciągu 10 mies.)—17;
senackich (z opłat akademickich) . . . . — 1;
wydziałowych (ze składek profesorów) . . . . — 2;

Przyznano:

całkowitych: medykom 11 + 2 (wydziałowe) farmac. — 1;
połowiczn. „ 10 „ — 2;

czyli razem korzystało ze stypendjów 26 studentów.

Nadto 1 student od 1 stycznia 1930 roku pobierał zapomogę w kwocie 20 zł. miesięcznie ze składek pewnej grupy profesorów.

Liczba stypendystów jest stanowczo zbyt mała, jak na ciężkie warunki materjalne naszej młodzieży i na trudności zarobkowania podczas studjów lekarskich.

Zadanie komisji stypendjalnej jest ogromnie ciężkie: musi odrzucać nieraz podania takich studentów, co do których ma przekonanie, że bez stypendjum podołać pracy zarobkowej i studjom nie mogą.

Sytuacja tej młodzieży jest o tyle cięższa, że organizacje samopomocowe studenckie na terenie Wilna (Bratnia Pomoc, Koło Medyków, Stowarzyszenie Medyków Żydów) jako instytucje bardzo młode i bez większych środków nie mogą udzielać swym członkom wydatniejszych pożyczek ani zapomóg.

V. Działalność dydaktyczna.

Wykłady przedmiotów, należących do katedr wakujących lub zleconych, na podstawie uchwały Rady Wydziału w roku sprawozdawczym prowadzili:

Prof. Schilling-Siengalewicz—z patologji ogólnej, Prof. Michejda — z ortopedji, Prof. Reicher — z antropologji, Doc. Adolf Falkowski — z psychjatrji, Doc. Stefan Bagiński—z histologji, Doc. Edward Czarnecki — z fizjologji (w III tr. w czasie urlopu Prof. Eigera). Adjunkt Dr. Eugenjusz Mancewicz — ze stomatologji, Adjunkt Dr. Marjan Mienicki — z dermatologji.

Próby zorganizowania w ciągu letniego trymestru wykładów z radjologji zawiodły. Wykłady te postanowiła Rada Wydziału zlecić Docentowi Adamowi Elektorowiczowi z Warszawy. Niestety, Wydział nie miał środków na pokrycie kosztów z tem związanych, Ministerstwo również nie mogło udzielić na to kredytów. Może w roku przyszłym sprawę tę da się pomyślnie załatwić.

Ćwiczenia z zakresu chirurgji operacyjnej dla studentów III roku prowadził profesor Michejda, natomiast ćwiczeń z anatomji topograficznej w roku bieżącym nie było. Specjalna komisja ma się zająć opracowaniem sposobu ich prowadzenia na przyszłość.

Poważnem utrudnieniem w nauczaniu tych przedmiotów i anatomji opisowej jest wciąż niedostateczna ilość zwłok. Podług zestawienia Prof. Reichera w ciągu 11 lat napłynęło do prosektorjum zaledwo 627 zwłok. Tylko 61,5% studentów I roku i 52% studentów II roku wykonało liczbę prac uważaną za dostateczną. Natomiast stwierdza kierownik zakładu anatomji opisowej znaczną poprawę intensywności pracy studentów w prosektorjum. Opinję tą zresztą podziela z małym wyjątkiem większość profesorów. Frekwencja na niektóre wykłady i ćwiczenia dosięgła 100%.

Zresztą już sam **fakt ukończenia studjów i uzyskania dyplomów przez 97 absolwentów, co stanowi w stosunku do ogólnej liczby studentów Wydziału 14,8% (możliwe optimum 16,7%) świadczy wymownie o pilności młodzieży naszego Wydziału.**

Gorzej się przedstawia sprawa ogólnego rozwoju; cechą średniego studenta jest zbyt ścisła specjalizacja, brak szerszych zainteresowań, nie wykraczanie poza ramy obowiązkowej pracy — jest to niewątpliwie objaw przejściowy, na który przemożny wpływ wywierają ciężkie warunki materjalne, w jakich młodzież swe lata akademickie spędza, i konieczność oddawania się intensywnej pracy zarobkowej.

Wzorem lat ubiegłych Rada Wydziału przyznała nagrody z funduszu wydziałowego za najlepsze prace asystentów i studentów.

Nagrody przyznane zostały następującym autorom: Dr. Bene-

dyktowi Dylewskiemu—500 zł. Dr. Janinie Ryll-Nardzewskiej—300 zł. Dr. Tadeuszowi Wąsowskiemu—250 zł. Dr. Zofji Olechnowiczównie—200 zł. Studentowi Niechajowi — 250 zł. Studentowi Golczyńskiemu — 250 zł.

Nadmienić należy, że I-szą nagrodę z funduszu Marszałka Józefa Piłsudskiego przyznał Senat U. S. B. p. docentowi Dr. Safarewiczowi za pracę p.t. „Oczyszczanie ścieków zapomocą mułu czynnego".

Nadto udzieliła Rada Wydziału zapomogi na druk prac Doc. Dr. Wąsowskiego i Dr. Kulikowskiej po 150 zł., oraz Dr. Zaleskiemu 142 zł.

Organizacją wycieczki do zdrojowisk krajowych na prośbę Rady Wydziałowej zajął się, podobnie jak w roku ubiegłym Prof. Z. Orłowski. Pod jego kierownictwem we wrześniu asystenci i studenci Wydziału lekarskiego zwiedzili Krynicę, Szczawnicę, Zakopane, Busko i Solec. Niestety, skromna suma 1670 zł., przyznana przez Ministerstwo, nie pozwoliła wziąć w niej udziału większej liczbie uczestników.

Odnośnie do **Oddziału Farmaceutycznego** trzeba podkreślić dużą wydajność jego pracy dydaktycznej. Przygotowanie fachowe wychowanków tego Oddziału jest bardzo dobre, a Oddział ten **rocznie kończy około 40 magistrów, co wobec przyjmowanych 45 na rok I-szy, daje pojęcie o intensywności pracy uczniów.** Opóźnienia w studjach wynikają najczęściej nie z winy młodzieży, lecz z powodu braku miejsc i niemożności dostania się do pracowni chemji analitycznej i organicznej.

W końcu zaznaczyć należy, że w roku sprawozdawczym rozpoczął się dwuletni kurs dla prowizorów. Na jednorazowe zorganizowanie tego kursu zgodziła się Rada Wydziału jedynie z uwagi na sytuację życiową szeregu starszych pomocników aptekarskich, przeważnie właścicieli aptek, i ze względu na to, że podobny kurs już został zorganizowany w Warszawie. Kierownikiem z ramienia Rady Wydziałowej został prof. Muszyński.

VI. Działalność naukowa.

Prawie wszyscy członkowie grona nauczycielskiego brali czynny udział w organizacji i pracach naukowych XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Poza blisko 70 referatami, zgłoszonemi przez członków grona nauczycielskiego Wydziału na ten Zjazd, wygłoszono szereg wykładów, referatów i dokonano pokazów na innych zjazdach krajowych i zagranicznych i w towarzystwach naukowych.

Poszczególne zakłady i kliniki ogłosiły drukiem następującą liczbę prac:

I.	Zakład Anatomji Patologicznej	7.
II.	Zakład bakterjologji	2.
III.	Zakład biologji ogólnej	2.
IV.	Zakład fizjologji	4.
V.	Zakład histologji i embrjologji	2.
VI.	Zakład higjeny	6.
VII.	Zakład historji i filozofji medycyny	4.
VIII.	Zakład medycyny sądowej	2.
IX.	Zakład patologji ogólnej	1.
X.	I Klinika chorób wewnętrznych	5.
XI.	II Klinika chorób wewnętrznych	9.
XII.	Klinika chorób dzieci	7.
XIII.	Klinika chorób nerwowych	5.
XIV.	Klinika chorób skórnych i wenerycznych	6.
XV.	Klinika chirurgiczna	2.
XVI.	Klinika położn. i chorób kobiecych	7.
XVII.	Klinika oczna	4.
XVIII.	Klinika chorób ucha, nosa i gardła	24.
XIX.	Zakład chemji farmaceutycznej	2.
XX.	Zakład farmakognozji	6.
XXI.	Ogród roślin lekarskich	3.
	Razem:	110 prac.

W tej liczbie 2 podręczniki uniwersyteckie profesorów: Wł. Karaffy-Korbutta i J. Szmurły, kurs pedjatrji prof. W. Jasińskiego i jeden atlas prof. Szymańskiego.

W zjazdach naukowych brali udział następujący członkowie grona nauczycielskiego:

Prof. Januszkiewicz — w Zjeździe przeciwreumatycznym w Inowrocławiu. Prof. Szymański — w Zjeździe międzynarodowym w Amsterdamie; w Zjeździe okulistów francuskich w Paryżu i Zjeździe przeciwjagliczym w Genewie.

Docent Dr. Falkowski brał udział w X Zjeździe psychjatrów polskich, nadto Docent Dr. Abramowicz — w Międzynarodowym Zjeździe Okulistów w Amsterdamie. Asystent Dr. Dylewski w zjeździe fonologów w Pradze. As. Dr. Kaulbersz-Marynowska w Międzynarodowem Zjeździe Pedjatrów w Stockholmie. Prof. Eiger trymestr II i III spędził w Wiedniu na urlopie naukowym.

Prof. Wilczyński pracował przez trzymestr III na stacji zoologicznej w Neapolu i dni kilka w Berlinie w zakładzie biologji ryb. Adjunkt Dr. med. Zaleski — uzyskał 10 miesięczne stypendjum zagraniczne i spędził ten czas w pracowniach i klinikach w Strassburgu i Paryżu. Adjunkt kliniki psychjatrycznej Dr. Jankowska uzyskała roczny urlop zagraniczny.

VII. Działalność lekarska klinik i zakładów.

NAZWA KLINIKI	Liczba chorych	Liczba dni szpitalnych	Liczba większych operacyj kliniczn.	Liczba innych zabieg.	Liczba porad udzielonych w przychod.	Uwagi
I Chorób Wewnętrznych	480	10029	—	1204 (Roent)	—	
II „ „	994	19793	—	—	1819	
Chorób Dzieci	525	10258	—	—	1408	
Chorób Nerwowych . .	258	12969	—	—	—	
Chorób Psychicznych .	*)152	*) 20659	—	—	—	*) Obliczono na 50 łóżek z ogólnej sumy 120 łóżek Państwow. Szpitala Psych.
Chorób Skórno-Wenerycz.	302	7884	—	—	9239	
Chirurgiczna	801	17852	684	—	2637	
Położniczo-Ginekologicz.	743	12415	390	325 (porod)	1978	(W tem porad dla cięż. 699).
Uszno-Gardlana . . .	476	8142	348	193	4284	
Oczna	407	7488	635	—	15307	
Poliklinika Stomatolog.	—	—	—	1568	—	
Razem .	5138	127489	2057	3290	36672	

Zakład anatomji patologicznej wykonał 133 sekcyj naukowo-lekarskich.

Zakład medycyny sądowej 99 sekcyj naukowo-lekarskich i 68—sądowo-lekarskich, nadto 97 badań chemiczno-toksykologicznych i mikroskopowych.

Klinika chorób dzieci prowadziła Stacje Opieki nad Matką i Dzieckiem Nr. 3 i Nr. 5 i Stację Opieki Nr. 8 nad dzieckiem kiłowem, a w lecie Kolonję leczniczą dla dzieci im. J. Śniadeckiego w Druskienikach (w roku 1929 w dwóch sezonach było 126 dzieci).

Klinika położnicza i chorób kobiecych prowadziła Poradnię dla ciężarnych (Stacja Opieki Nr. 9).

VIII. Działalność organizacyjna i społeczna. Reprezentacje. Odznaczenia.

Prof. A. Januszkiewicz był przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie. Prezesem Wileńskiego Oddziału Związku Lekarzy Słowiańskich w Polsce. Prezesem Wileńskiego Oddziału Towarzystwa Internistów Polskich. Przewodniczył też na Zjeździe Przeciwreumatycznym w Inowrocławiu.

Prof. W. Jakowicki jest wice-prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Towarzystwa Ginekologicznego Wileńskiego, oraz wice-prezesem Wileńskiego Komitetu Pomocy Polskiej Młodzieży Akademickiej. Członkiem Rady i Sądu Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogródzkiej. Odznaczony w r. b. krzyżem komandorskim orderu „Polonia Restituta".

Prof. W. Jasiński jest prezesem oddziału Pol. Tow. Pedjatrycznego, był prezesem Tow. Lekarskiego w Druskienikach, jest redaktorem Pamiętn. Wil. Tow. Lek. i Wydz. Lek. U. S. B.

Prof. K. Karaffa-Korbutt — był prezesem Wileńskiego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego i wraz z docentem A. Safarewiczem redaguje Archiwum Higjeny.

Prof. K. Michejda był sekretarzem generalnym XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie.

Prof. J. Muszyński od 1928 r. jest wice-prezesem Wileńskiego Komitetu Ligi Obrony Powietrznej i Przeciwgazowej Państwa i prezesem sekcji przeciwgazowej tego Komitetu; przewodniczącym Wileńskiego Towarzystwa Ogrodniczego i przewodniczącym sekcji roślin leczniczych. Związku Zakładów Doświadczalnych Rzeczypospolitej Polskiej. W roku 1929/30 prowadził kurs chemji gazów bojowych na kursie kierowników drużyn przeciwgazowych w Wilnie i ten sam kurs przy 3. P. A. C. i 3 baonie saperów.

Prof. Z. Orłowski zorganizował po raz drugi wycieczkę studentów do zdrojowisk polskich.

Prof. J. Szmurło jest prezesem Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i redaktorem Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego.

Prof. J. Szymański był Marszałkiem Senatu Rz. P., jest fachowym kierownikiem lotnych kolumn przeciwjagliczych Polskiego Czer-

wonego Krzyża. Prof. J. Wilczyński zajmował stanowisko kierownika badań biologiczno-taksacyjn. Wil. Okr. Wód Państwowych. Jest redaktorem „Bibljoteki biologicznej" i „Życia zwierząt".

Prof. S. Władyczko zorganizował Ośrodek Neurologiczny w Wilnie, zapoczątkował psychiczną opiekę pozaszkolną w Wilnie, jest prezesem Wileńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego i Towarzystwa „Mens". W r. b. został odznaczony krzyżem komandorskim orderu „Polonia Restituta".

Doc. A. Safarewicz jest redaktorem Archiwum Higjeny i Pamiętnika Wil. Tow. Lek.

Adjunkt Dr. E. Mancewicz, kierownik Polikliniki stomatologicznej, był honorowym prezesem III Sekcji Federation Dentair International.

IX. Działalność Zakładu Farmakognozji i ogrodu roślin lekarskich.

Zakład wydał katalog nasion, zebranych w ogrodzie, i zorganizował wymianę ich z 38 zakładami krajowymi i zagranicznymi. W dziale doświadczalnym założono:

1) próby aklimatyzacji cytwaru przy rozmnażaniu wegetacyjnem,
2) doświadczenia odmianowe z miętą pieprzową,
3) rozpoczęto selekcję i próby aklimatyzacji soli białej,
4) zapoczątkowano selekcję kozłka leczniczego i inne.

Powierzchnia uprawna ogrodu doprowadzona została do 3 ha. Zbudowano małą podręczną szklarnię, skrzynię belgijską i suszarnię murowaną. Dotacje ogrodu wynosiły 2100 złotych.

W skład niniejszego sprawozdania wchodzą, jako jego część składowa następujące 3 załączniki:

1) plan gospodarczy Wydziału Lekarskiego;
2) regulamin funduszu wydawniczego i
3) regulamin dla wolontarjuszy hospitantów i asystentów tytularnych.

Rada Wydziału lekarskiego U. S. B. na posiedzeniu w dniu 25 września 1930 r. sprawozdanie to przyjęła do zatwierdzającej wiadomości.

Załącznik 1.

Plan gospodarczy Wydz. Lek. U. S. B.

na najbliższe okresy budżetowe.

(Zatw. przez Radę Wydziału w dn. 11/III 1930 roku
na wniosek Komisji Budżetowej).

Część I.

Budowle i remonty.

1. Przystosowanie parterowych ubikacyj w Gmachu Czartoryskich dla umieszczenia części naukowej zakładu Medycyny Sądowej*) i w związku z tem adaptacje na I i II piętrze Zakł. Histologji i Anatomji opisowej zł. 30.000
2. Dostosowanie budynku cerkiewnego w Gmachu Czartoryskich dla umieszczenia Zakładu Patologji ogólnej i sali wykładowej Z. Chemji fizjologicznej (nadbudowa $^1/_2$ piętra) . . . . zł. 53.400 i 76.800
3. Nadbudowa piętra w klinice położniczo-ginekologicznej (Oddział septyczny) . . . . zł. 176.000
4. Remont w Gmachu Col. Piłsudskiego (lokal, który ma być opróżniony przez Wydział Matematyczno-Przyrodniczy) i dostosowanie do potrzeb katedry farmacji stosowanej . . . . zł. 10.080
5. Skrzydło nowobudującego się Zakładu Anatomji opisowej i stajnia dla zwierząt doświadczalnych dla wszystkich zakładów teoretycznych . . . . zł. 253.000
6. Klinika psychjatryczna . . . . zł. 361.000
7. Kostnica zakładu anatomji patologicznej . . . . zł. 25.000
8. Suszarnia dla zakładu roślin lekarskich . . . . zł. 26.100
9. Klinika wewnętrzna i neurologiczna . . . . zł. 980.000

Część II.

Etaty personalne.

Dla prawidłowej czynności zakładów i klinik potrzebna jest jeszcze znaczna liczba etatów, zwłaszcza służby niższej w klinikach.

*) Zrealizowane.

Procentowy stosunek personelu pielęgniarskiego do liczby łóżek chorych w klinikach wileńskich jest znacznie niższy od przeciętnych liczb, przyjętych przez nowoczesne szpitalnictwo, a wobec spodziewanego wprowadzenia — wzorem Warszawy — 8-mio godzinnego dnia pracy służby pielęgniarskiej, prowadzenie klinik stanie się bez zwiększenia etatów tej służby niemożliwe. To też, o ile w dziale potrzeb naukowych na pierwszym planie postawione zostały zakłady teoretyczne, o tyle w dziale etatów personalnych uwzględniono w większym stopniu kliniki.

Komisja uznała za konieczne przyznanie etatów następującym zakładom i klinikom z zachowaniem podanej kolejności.

Uznając za konieczne, by ustała istniejąca wymiana etatów pomiędzy poszczególnemi zakładami, Komisja nie uwzględniła tej wymiany ani też t. zw. wypożyczanych etatów i przyjęła za podstawę do swych wniosków oficjalny budżet.

A. Adjunkci, starsi i młodsi asystenci.

1.	Dla Zakładu chemji fizjolog.	1 et. st. asyst.	zamiast	1 mł. asyst.
2.	„ Zakładu farmakognozji	1 etat adjunkta. *)		
3.	„ Kliniki okulistycznej	1 et. adjunkta	zamiast	1 st. asyst.
4.	„ Zakładu histologji	1 et. adjunkta	„	1 st. asyst.
5.	„ Zakładu fizjologji	1 etat adjunkta.		
6.	„ Kliniki otolaryngologicz.	1 et. adjunkta	zamiast	1 st. asyst.
7.	„ Zakładu medyc. sądowej	1 et. st. asyst.	„	1 mł. asyst.
8.	„ Kliniki chirurgicznej	1 et. st. asyst.	„	1 mł. asyst.
9.	„ Kliniki pedjatrycznej	1 et. st. asyst.	„	1 mł. asyst.
10.	„ Kliniki otolaryngologicz.	1 et. st. asyst.	„	1 mł. asyst.

W miarę zwalniania ryczałtu przyznać:

1. Zakładowi patologji ogólnej *) $1/2$ etatu mł. asystenta.
2. Klinice I wewnętrznej 1 etat mł. asystenta.
3. Zakładowi historji medycyny dodać $1/2$ etatu mł. asystenta.
4. Zakładowi biologji „ 1 etat mł. asystenta.
5. Zakładowi farmakologji „ 1 etat mł. asystenta.

Zestawienie.

Nowych etatów VII st. . . . . 5.
Nowych etatów VIII st. . . . . 8.

*) W roku 1929/30 już otrzymano.

B. Personel niższy.

1. Portjer dla Kliniki chirurgicznej i II wewnętrznej . . XV st.
2. Palacz dla Zakładu anatomji opisowej . . . . XII „
3. Mechanik dla Kliniki chirurgicznej . . . . XII „
4. Siostra dla Kliniki wewnętrznej II . . . . X „
5. Siostra dla Kliniki chirurgicznej . . . . X „
6. Pielęgniarz dla Kliniki okulistycznej . . . . XVI „
7. Pielęgniarz dla Kliniki wewnętrznej II . . . . XVI „
8. Pielęgniarz dla Kliniki chirurgicznej . . . . XVI „
9. Siostra dla Kliniki wewnętrznej II . . . . X „
10. Siostra dla Kliniki chirurgicznej . . . . X „
11. Siostra dla Kliniki pedjatrycznej . . . . X „
12. Pielęgn. dla Kliniki okulistycznej . . . . XVI „
13. „ dla Kliniki psychjatrycznej . . . . XVI „
14. „ dla Kliniki chirurgicznej . . . . XVI „
15. „ dla Kliniki wewnętrznej II . . . . XVI „
16. „ dla Kliniki pedjatrycznej . . . . XVI „
17. „ dla Kliniki chirurgicznej . . . . XVI „
18. „ dla Kliniki wewnętrznej II . . . . XVI „
19. Siostra dla Kliniki pedjatrycznej . . . . X „
20. Woźny dla Zakładu fizjologii . . . . XV „
21. Woźny dla Zakładu biologji . . . . XV „
22. Ogrodnik dla Zakładu roślin lekarskich . . . . . . XIII „
23. Siostra dla Kliniki otolaryngologicznej . . . . . . X „
24. Pielęgn. dla Kliniki psychjatrycznej . . . . XVI „
25. „ dla Kliniki wewnętrznej I . . . . XVI „
26. „ dla Kliniki otolaryngologicznej . . . . . . XVI „
27. „ dla Kliniki neurologicznej . . . . XVI „
28. Siostra dla Kliniki chirurgicznej . . . . X „
29. Siostra dla Kliniki wewnętrznej II . . . . X „
30. Pielęgn. dla Kliniki chirurgicznej . . . . XVI „
31. „ dla Kliniki wewnętrznej II . . . . XVI „
32. „ dla Kliniki pedjatrycznej . . . . XVI „
33. Zakład historji medycyny (woźny) 1/2 . . . . XVI „
34. Woźny dla Zakładu hygjeny . . . . XVI „
35. Woźny dla Zakładu farmakologji . . . . XVI „
36. Siostra dla Kliniki pedjatrycznej . . . . X „
37. Woźny dla Zakładu fizjologji . . . . XV „

Co do Zakładu anatomji patologicznej, to propozycja kierownika Zakładu, by zamiast 1 mł. asystenta przyjąć 2 laborantów, może być załatwiona na drodze wewnętrznego porozumienia.

Część III.

Nadzwyczajne kredyty z § 10.

Za najpilniejszą potrzebę Rada Wydziału uznaje uzupełnienie bibljotek zakładów. Konieczne kredyty na ten cel wynoszą:

1.	Dla zakładu	anatomji opisowej	12.700 zł.
2.	„ „	histologji	8.000 zł.
3.	„ „	histologji i anatomji patolog.*)	12.000 zł.
4.	„ „	patologji ogólnej	10.000 zł.
5.	„ „	bakterjologji	2.000 zł.
6.	„ „	fizjologji	10.000 zł.
7.	„ „	chemji fizjologicznej	10.900 zł.
8.	„ „	higjeny	3.000 zł.
9.	„ „	historji medycyny	1.000 zł.
10.	„ „	farmakologji	21.300 zł.
11.	„ „	biologji	3.100 zł.
12.	„ kliniki	pedjatrycznej	9.000 zł.
13.	„ „	uszno-gardlanej	9.000 zł.
14.	„ „	dermatologicznej	3.000 zł.
15.	„ zakładu	farmacji stosowanej	11.000 zł.
16.	„ „	farmakognozji	6.000 zł.
17.	„ „	chemji farmaceutycznej	11.000 zł.
			143.000 zł.

W miarę otrzymywania kredytów na uzupełnienie bibljotek Rada Wydziału przeprowadzać będzie proporcjonalny podział lub ustali kolejność zakładów.

Notatka. Wartość inwentarza bibljotek zakładu teoretyczn.	235.000
klinik	217.000
oddziału farmaceut.	11.400
	463.600

*) Archiw. f. mikr. Anatomie.

Kolejność, w jakiej zakłady powinny uzyskać kredyty nadzwyczajne z § 10 (poza bibljoteką).

A.	1) Patologja ogólna .	30.000 zł.	(Jako zakłady jeszcze nie zorganizowane).
	2) Stomatologja . . .	80.000 zł.	
	3) Farmacja stosowana	12.000 zł.	
		122.000 zł.	
B.	4) Długi zakładu fizjol.	8.000 zł.	(na pokrycie długów zagranicznych, które ciążą na nim od szeregu lat).
	5) Zakład histologji .	6 500 zł.	(na zakup mikroskopów).
	6) „ anat. patol.	5.000 zł.	
	7) „ anat. opis.	10.000 zł.	(na wewnętrzne urządzenie w związku z przeniesieniem do nowego gmachu).
	8) „ chemji fizj.	3.000 zł.	(na niezbędne przyrządy)
	9) „ bakterjologji	3.000 zł.	
	10) „ chemji farm.	1.500 zł.	(uzupełnienie komplet. studen.)
	11) Klinika wewnętrz. I	22 500 zł.	(elektrokardiograf i aparat do określania metabolizmu podstaw).
	12) „ chirurgiczna	20.000 zl.	(urządzenie sterylizatora).
	13) „ pedjatrycz.	5.600 zl.	(mikrotom i aparat do badań metab. podstaw).
	14) „ dermatolog.	2.900 zł.	(mikroskop i tablice).
	15) „ uszno-gardl.	2.600 zł.	(mikrotom i bronchoskop).
	16) „ oczna . . .	400 zł.	(narzędzia).
		90.400 zł.	
C.	17) Zakł. med. sądow.	23.000 zł.	(pracownia chemiczna).
	18) „ higjeny . . .	2.000 zł.	(gaz).
	19) Klin. chirurgiczna .	13.000 zł.	(ortopedja).
		38.000 zł.	
D.	20) Zakł. farmakol. . .	8.000 zł.	(pracownia chemiczna).
	21) „ chemji farmac.	600 zł.	(tygiel platynowy).
	22) Klin. neurolog. . .	2.400 zł.	(aparatura).
	23) „ psychjatryczna	6.000 zł.	
	24) Zakł. chemji fizjol.	3.000 zł.	(aparaty).
	25) „ bakterjologji	2.000 zł.	(aparaty).
	26) „ fizjologji . .	5.000 zł.	(sala aseptyczna).
		27.000 zł.	

A.—122.000 zł., B.—90.400 zł., C.—38.000 zł., D.—27,000 zł. razem zł. 277.4000.

Organizacja zakładu roentgenologicznego dla katedry radjologji i aparatów Roentgena dla klinik będzie oddzielnie opracowana.

Kredyty na meble mogą być udzielane po zaspokojeniu wymienionych potrzeb.

Załącznik 2.

Regulamin

Komisji Funduszu Wydawniczego Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego

Art. 1.

W celu ułatwienia wydawnictwa prac naukowych, wykonanych w pracowniach i klinikach Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego, Rada Wydziału Lekarskiego tworzy fundusz wydawniczy z oszczędności, powstałych z sum kancelaryjnych, w wysokości 5.000 zł. Fundusz ten uchwałą Rady Wydziałowej może być zwiększony lub zmniejszony.

Art. 2.

Z Funduszu Wydawniczego są udzielane poszczególnym osobom i instytucjom zwrotne pożyczki bezprocentowe na okres najwyżej 12 miesięcy. Termin ten w wypadkach, zasługujących na uwzględnienie, może być uchwałą Rady Wydziałowej przedłużony.

Art. 3.

Podania petentów, złożone na ręce Dziekana w miesiącach październiku, styczniu i maju, rozpatruje, kwalifikuje i wyznacza wysokość zasiłków i pożyczek Komisja Funduszu Wydawniczego.

Art. 4.

Komisja Funduszu Wydawniczego stanowi część połączonych komisyj Budżetowej i Konkursowej, mianowicie komisje te wybierają pośród swych członków Komisję Funduszu Wydawniczego w składzie 4 członków, nie licząc Dziekana, który jest przewodniczącym Komisji Funduszu Wydawniczego.

Art. 5.

Pożyczki w wysokości do 250 zł. w terminie do 6-ciu miesięcy Dziekan ma prawo, lecz nie obowiązek, wyasygnować na podstawie

jednogłośnej uchwały Komisji Funduszu Wydawniczego bez zatwierdzenia przez Radę Wydziałową. Pożyczki, przewyższające każda z osobna 250 zł., mogą być wyasygnowane tylko na podstawie uchwały Rady Wydziałowej.

Art. 6.

Komisja Funduszu Wydawniczego ma uwzględniać przedewszystkiem prace naukowe niedrukowane, przedstawione w rękopisie, pierwszeństwo mają autorowie prac oryginalnych teoretycznych. Poza tem komisja ma pełną swobodę w ocenie i ułożeniu kolejności.

Art. 7.

Instytucje i osoby, otrzymujące pożyczkę, składają jako gwarancję spłacenia długu skrypt dłużny.

Art. 8.

Instytucje i osoby, które otrzymały pożyczkę, powinny złożyć w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego 3 egzemplarze odpowiedniego wydawnictwa po wydaniu go drukiem.

Załącznik 3.

Regulamin
dla wolontarjuszy, hospitantów i asystentów tytularnych w zakładach i klinikach Wydziału Lekarskiego.

1. W zakładach i klinikach Wydziału Lekarskiego mogą pracować, poza asystentami etatowymi także lekarze wolontarjusze.

2. Kierownik zakładu przyjmuje kandydata na podstawie pisemnego podania i życiorysu po uzyskaniu zgody Dziekanatu.

3. Lekarza wolontarjusza obowiązują w stosunku do kierownika zakładu, pracowników jego i samego zakładu też same przepisy, które obowiązują asystentów etatowych.

4. Po roku wolontarjusz, za zgodą kierownika zakładu, uzyskuje tytuł hospitanta. Po 3 latach pracy w jednym zakładzie hospitant może być przedstawiony Wydziałowi do nominacji na asystenta tytularnego na podstawie postępów, poczynionych w pracy naukowej i wyszkolenia praktycznego.

Uwaga: w wyjątkowych razach terminy te mogą być skrócone.

5. Hospitanci i asystenci tytularni mają prawo posługiwać się i poza kliniką tytułem „hospitanta“ i „asystenta“.

6. W ubieganiu się o nagrody konkursowe za prace naukowe hospitanci i asystenci tytularni biorą udział narówni z asystentami etatowymi.

7. W wypadkach, zasługujących na wyjątkowe wyróżnienie, asystenci tytularni mogą być przedstawieni do zapomogi stypendjalnej na wyjazd zagranicę w celu naukowym.

8. Na początku każdego roku akademickiego kierownik przedstawia Dziekanatowi wykaz pracujących w jego zakładzie wolontarjuszy, hospitantów i asystentów tytularnych, a także donosi niezwłocznie o opuszczających zakład.

Powyższy regulamin został zatwierdzony przez Radę Wydziału Lekarskiego w dniu 25 marca 1930 r., przez Senat 23. V. 1930 r.

(—) *W. Jakowicki.*
Dziekan Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Stefana Batorego.

Protokóły posiedzeń naukowych Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Posiedzenie dnia 14.V 1930 r.

Przewodniczący — prof. *J. Szmurło.* Obecnych — 24 członków i gości 21.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego posiedzenia, prof. *Szmurło* odczytuje 2 zgłoszenia do Wojewódzkiej Sekcji Towarzystwa — D-rów Branickiego z Oszmiany i Deutschmeistera z Dołhinowa.

Dr. *Czarnowski* pokazał obce ciało, usunięte z lewego oskrzela u dziewczynki lat 7, która, jedząc kompot, aspirowała część pestki od śliwki. Przypadek nie został rozpoznany na prowincji. Dopiero badanie Roentgen'em w Wilnie wzbudziło podejrzenie na przeszkodę w lewem oskrzelu. W trakcie bronchoskopji rurą instrumentu został otworzony ropień w miejscu, gdzie było obce ciało, przyczem ropa zalała tchawicę i prawe oskrzele, skutkiem czego dziecko straciło oddech i tętno. Zastosowano sposób wypróżnienia dróg oddechowych przez utrzymanie dziecka w pozycji wiszącej do góry nogami, a głową w dół. Ropa wylała się przez usta i nos i dziecko wróciło do życia. W kwadrans

potem — powtórna bronchoskopja, tym razem ze skutkiem pomyślnym. Obce ciało siedziało w pierwszem odgałęzieniu lewego oskrzela.

W dyskusji Dr. *Łukowski* stwierdza, że brak było danych wywiadu. Prof. *Szmurło* zapytuje, w jakiej pozycji chorego była robiona bronchoskopja, gdyż najdogodniejsza jest pozycja na brzuchu. Przy badaniu oskrzeli należy zawsze przechylać tułów chorego w stronę przeciwną badanemu oskrzelu. Dr. *Trzeciak* podnosi sprawę znieczulenia, gdyż stosowanie ogólnej narkozy w pozycji chorego na brzuchu jest lepsze, niż przy położeniu na plecach.

Dr. *Czarnowski*: co do położenia chorego, to przy operowaniu w przełyku dogodniejszą jest pozycja na brzuchu, przy operacji w oskrzelach — na plecach lub w pozycji siedzącej. W danym przypadku stosowano znieczulenie mieszane.

Prof. *Rydzewski* wygłosił odczyt p. t. „Geologja źródeł Druskienickich".

W dyskusji Doc. *Safarewicz* zaznacza, że analiza wody Druskienickiej, dokonana przed wojną, wykazywała około 10 gramów części stałych w 1 litrze, obecnie zaś około 7 gramów; dowodziłoby to właśnie rozcieńczenia solanki wodą z warstw powierzchownych, jak przypuszcza prof. Rydzewski. Prof. *Szmurło*: im warstwa jest bardziej powierzchowna, tem rozcieńczenie źródlanej wody jest większe. W Ciechocinku źródła o 7—8% zawartości soli są powierzchowne, 2%-owe pochodzą z głębokości 200 m, 6%-owe (termy)—z głębokości 1400 m. W Inowrocławiu, gdzie są jeziora podziemne, % soli w solance dochodzi do 20. Gdyby przeprowadzono wiercenia w Druskienikach, to możliwie, że poszukiwania te dałyby solankę mocniejszą.

Prof. *Rydzewski* w odpowiedzi zaznacza, że w Ciechocinku pokłady soli występują w postaci olbrzymich słupów, wobec tego można w pewnych miejscach solanki nie znaleźć. Z punktu widzenia geologji należałoby w Druskienikach dokonać próbnych wierceń. Prócz tego, ważną jest kwestja radjoaktywności źródeł.

Prof. *Jasiński* wygłosił odczyt p. t. „Walory lecznicze Druskienik i plan dalszego ich rozwoju".

W dyskusji Dr. *Obiezierski* podaje, że niemiecki gener. Falkenheim, który wydał pamiętniki o Druskienikach, uważał je za kurort, mogący konkurować z innemi w Niemczech. W sprawie znaczenia borowiny Dr. *Obiezierski* zaznacza, że znaczenie to opiera się na własnościach termicznych.

Dr. *Trzeciak* zapytuje, co zrobiono w sprawie zmiany wygórowanych żądań właścicieli pensjonatów?

Dr. *Obiezierski* dodaje, że Zarząd już uregulował tę sprawę.

Prof. *Szmurło*: o Druskienikach spotykamy wzmianki w pracach Adamowicza z 1830 r., oraz w Warsz. Przegl. Lekarskim. Co do radjoaktywności wody, to naogół źródła słabsze posiadają większą radjoaktywność. W leczeniu dotąd posługiwano się wyłącznie kąpielami, a zapominano o piciu wody. Obecnie jednak ta ostatnia metoda powinna zająć należne jej miejsce.

Dr. *Łukowski* zapatruje się pesymistycznie na możliwość podniesienia się Druskienik z obecnego upadku po wojnie. Co do sezonu zimowego, to jego urządzenie wymagałoby wielkich zmian w domach mieszkalnych, nieprzystosowanych do tego, oraz zbudowania kolei do samego uzdrowiska.

Prof. *Jasiński:* w obecnym sezonie w Druskienikach rozpocznie się leczenie wziewaniami: solanka nadaje się do tego, gdyż jest izotoniczna. Poza tem Zakład posiadać będzie diatermję. Ceny w Druskienikach są o $^1/_3$ niższe, niż w dużych zdrojowiskach polskich. Komisja Zdrojowa reguluje ceny.

Dr. *Rymkiewicz*, naczelny lekarz Zakładu, dodaje, że obecnie w Druskienikach jest rzeźnia, założono ogrody warzywne oraz fermę mleczną na Pogance.

Sekretarz *T. Wąsowski.*

Posiedzenie naukowe z dn. 28.V 1930 r.

Przewodniczący — prof. *J. Szmurło.* Obecnych 18 członków i 24 gości.

Otwierając posiedzenie, przewodniczący wygłasza krótkie wspomnienie z powodu zgonu w dniu 27.V członka honorowego ś. p. D-ra Witolda Węsławskiego. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

Prof. *Orłowski* wygłosił — „Wrażenia z wycieczki do uzdrowisk polskich".

Dyskusja: Prof. *Szmurło* — Mówiąc o uzdrowiskach polskich należy zwrócić uwagę na następujące okoliczności: 1. Czynniki administracyjne zdrojowisk polskich dotychczas w sposób niedość sprężysty przeprowadzają akcję, mającą na celu eksportowanie bogactw naturalnych naszych zdrojowisk w postaci wywozu soli i wód do picia; 2. objaw bardziej pocieszający—to wzrastająca z każdym rokiem dążność do coraz ściślejszej specjalizacji zdrojowisk polskich w lecznictwie,

a znajdujący swój wyraz w doborze chorych, skierowywanych przez lekarzy do miejsc leczniczych. Rabka np. jest obecnie miejscem prawie wyłącznie przeznaczonem dla dzieci, podobnie jak Krynica — dla osób cierpiących na różnego rodzaju niedokrwistości i blednice, jak Szczawnica — dla leczenia chorób górnego odc. dróg oddechowych, lub Ciechocinek dla chorych gościowych, z gruźlicą stawów i skóry.

Dr. *Rudziński* wskazuje też na jeden z momentów niekorzystnie wpływających na rozwój naszych uzdrowisk — nieumiejętne traktowanie kuracjuszów przez czynniki miejscowe, oraz zbyt wygórowane ceny. Lekarze, pracujący w uzdrowiskach, powinni zwrócić uwagę na te okoliczności i w sposób należyty reagować na to.

Prof. *Szmurło* nadmienia, że Komisje Zdrojowe są w pierwszym rzędzie powołane do przeciwdziałania w pomienionych przypadkach, do nich też należy skierowywać wszelkie zażalenia. Na wygórowanie cen w naszych miejscowościach kuracyjnych wpływa w dużym stopniu zbyt krótki termin trwania sezonu leczniczego, który zwykle ogranicza się do paru miesięcy letnich.

Dr. *Lewande*: Frekwencję kuracjuszów do polskich uzdrowisk podnieść zda się można przez należyte zapoznanie świata lekarskiego z własnościami leczniczemi naszych źródeł. Wycieczki lekarzy do zdrojowisk polskich powinny się odbywać możliwie często.

Sekretarz *E. Czarnecki.*

Posiedzenie naukowe z dnia 11.VI 1930 r.

Przewodniczący — prof. *J. Szmurło.* Obecnych 17 członków i 13 gości.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

Prof. *S. Władyczko* — pokaz 13-letniego chłopca z powodu dystrofia adiposo-genitalis; u chorego oprócz tego jest zaznaczona gynaikomastia. Chory odznacza się nieupośledzoną inteligencją — jest pierwszym uczniem w klasie.

Dyskusja: Dr. *K. Pawłowski* miał w swej obserwacji 30-letnią chorą, która cierpiała na dystrofia adiposo-genitalis; u tej chorej, oprócz zaburzeń ogólnej przemiany materji notowano znaczne opóźnienie w t. zw. przemianie poborowej — objaw występujący dość często u tej kategorji chorych. Co do skuteczności organoterapji, nie daje ona niekiedy pożądanego wyniku, jak to właśnie było w cytowanym przypadku.

Prof. *Szmurło* — czy chory był badany pod względem wydolności gruczołów dokrewnych?

Prof. *Władyczko* — badania gruczołów wydzielania wewnętrznego są w toku i po ich ukończeniu będą podane do wiadomości.

Prof. *Siengalewicz* — pokaz preparatów: a) anthrax przewodu pokarmowego, b) bąblowiec wieleogniskowy wątroby i tarczycy, c) melanosis jelit.

Dyskusja: Dr. *Trzeciak* — odnośnie do przypadku 2-go badał chorą na kilka tygodni przed śmiercią, stwierdzając ogólne wyniszczenie oraz zmiany w tarczycy i wątrobie o charakterze, przemawiającym raczej za nowotworem tarczycy z przerzutami w wątrobie; na naradzie przypadek uznano za inoperabilis; przed kilku dniami dowiedział się: jakoby już przed 3 laty w jednym ze szpitali u tej chorej podejrzewano nowotwór wątroby. Badanie krwi nie nasunęło przypuszczenia o bąblowcu; przypadek ze względu na stwierdzenie bąblowca w tarczycy należy zaliczyć do rzadkich wyjątków.

Prof. *Szmurło* — czy u chorej nie stwierdzono eozynofilji?

Prof. *Siengalewicz* — zgodnie z orzeczeniem Kliniki Wewnętrznej — nie było.

Dr. *Dylewski* wygłosił: „Wady mowy i głosu, walka z niemi na zachodzie i u nas".

Dyskusja: Dr. *F. Świeżyński* — celem racjonalnego leczenia wad mowy u dzieci, tak często się spotykających, należałoby poczynić starania, aby dzieci takie kierowano do szkół, w którychby na równi z nauką stosowano specjalne zabiegi lekarskie.

Prof. *Szmurło* — w Polsce dużym brakiem w leczeniu dzieci z wadami mowy, a dzieci takich w Wilnie jest dość znaczna odsetka, dochodząca nieomal 10% ogółu dzieci, jest brak wyszkolonych odpowiednio specjalistów. Jako za czynnik, który ujemnie wpłynął na rozwój fonologji, wskazać należy na to, że doniedawna istniał pomiędzy lekarzami, pracującymi w tej dziedzinie szczególny zwyczaj nieujawniania ogółowi lekarzy metod, stosowanych w leczeniu dzieci z tą wadą; stawiało to fonologję w rzędzie nauk, otoczonych nimbem tajemniczości; należy z tem walczyć najenergiczniej; ponadto należy myśleć i dążyć do stworzenia w jaknajszerszym zakresie instytutów, które, mając odpowiednio przygotowanych kierowników, zajęłyby się zwalczaniem wad mowy i głosu, dających się w większości przypadków dość łatwo usuwać.

Na wniosek przewodniczącego jednogłośnie przyjęto do Sekcji Wojewódzkiej T-wa D-ra J. Orlickiego.

Skreślono z listy członków T-wa D-ra G. Fejgusa na własne jego żądanie.

Sekretarz *E. Czarnecki.*

Posiedzenie naukowe z dnia 2.VII. 1930 r.

Przewodniczący prof. *Szmurło*. Obecnych członków 18, gości 12.

Wobec śmierci ś. p. prof. Trzebińskiego przewodniczący proponuje, by poświęcić jedno z pierwszych posiedzeń powakacyjnych pamięci Zmarłego.

Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia D-r *Trzeciak* pokazuje 2 przypadki, ze szpitala św. Jakóba, przebicia wrzodu okrągłego żołądka z zejściem pomyślnem po dokonanym zabiegu operacyjnym, poza tem pokazuje 2 preparaty operowanych wyrostków robaczkowych:

Chory L. S., lat 32, był operowany w 30 godzin od nastąpienia pęknięcia z objawami zapalenia otrzewnej; chory ten zaledwie od kilku tygodni miał bóle w górnej połowie jamy brzusznej, na co nie zwracał większej uwągi, aż nagle poczuł ostre bóle, wystąpiły wymioty, stracił siły i t. d.; operacja — ze względu na ciężki stan chorego zaszyto tylko miejsce pęknięcia, przyszyto sieć małą i założono sączek; przypadek ten wskazuje, że pomimo młodego wieku chorego, pobytu na wsi, krótkiego czasu choroby, jednak powyższe cierpienie może nie tylko istnieć, ale nawet dawać pęknięcie; drugi chory F. G., lat 39, niedomagał od 3-ch lat, i podejrzewano katar żołądka, aż nagle wystąpiły objawy pęknięcia wrzodu okrągłego żołądka; był operowany w 8 godzin—w stanie jednak ciężkim - zaszycie, zespolenie (gastroenterostomia retrocol. post. vertical) i sączek; na 4-ty dzień po operacji chory dostał ostrej psychozy i wyskoczył z łóżka, powybijał zęby i t. d. jednak to przeszło bez widocznych ujemnych następstw, zaś po czterech tygodniach odbył podróż samochodem z Wilna do Białegostoku.

Poza tem Dr. T. omawia trzy przypadki operowania z powodu apendicitis acuta (A. L. lat 18, A. Cz. lat 36 i T. S. lat 31) przy normalnej ciepłocie i tętnie, bez wymiotów i zatrzymania gazów przy objawach bolesności i mniej lub więcej wyrażonego oporu mięśniowego, jednak z b. daleko posuniętemi zmianami, jak to widać na demonstrowanych preparatach (zgorzele, ropniak) i podkreśla, że wyjątkowo dużo spotyka w tym roku podobnych przebiegów appendicit. ac., co wprowadza

w błąd lekarzy, jak to miało miejsce i w dwu przypadkach wyżej podanych, zaś „wyczekiwanie“ może pociągnąć b. złe skutki.

W odpowiedzi Dr. Zarcynowi przedmówca zaznacza, iż 30 godzin od chwili pęknięcia wrzodu okrągłego przy wypełnionym żołądku jest „dostateczną“ ilością czasu dla wystąpienia objawów rozlanego zapalenia otrzewny.

(*Streszczenie własne*)

W dyskusji *Dr. Zarcyn* zaznacza, że co do przypadku pierwszego, w którym były objawy rozlanego zapalenia otrzewny, to obecność ropy na niektórych miejscach otrzewny nie świadczy, że było tam peritonitis diffusa. Co do ropnia, który prelegent uważa za powikłanie, to Dr. Zarcyn jest odmiennego zdania; jeśli bowiem wysięk jest po stronie prawej, to może powstać w Douglasie — drogą nad pęcherzem wlewo. Przypadki z małemi objawami klinicznemi a dużemi zmianami w wyrostku są teraz częste.

Dr. Frydman: do internisty często zwracają się chorzy, których my zaraz musimy kierować do chirurga. U operowanego przez Dr. Trzeciaka chorego były częste stolce, bóle w okolicy prawej brzucha, innych objawów appendicitis nie było.

Prof. Szmurło: często sprawy ostre zapalenia przechodzą z t^0 normalną; spotykamy np. zakrzep zatoki esowatej w mastoiditis bez gorączki. Ten objaw przeto nie posiada decydującego znaczenia.

W dyskusji *Dr. Trzeciak* zgadza się z D-rem Zarcynem co do pomyślnego rokowania w ropniu spostrzeganym w jednym ze swych przypadków. Co do rozpoznania peritonitis diff. w 17-m przypadku, to podkreśla, że były objawy tego cierpienia, zresztą sam czas trwania cierpienia o tem mówi.

Dr. Krotow wygłosił referat p t. Urografja jako dalszy postęp roentgenodiagnostyki (do druku).

Dr. de Rosset: referat p. t. Do wpływu uroselectanu na ustrój ludzki (do druku).

Prof. Orłowski i Doc. Czarnecki: o wpływie uroselectanu na krążenie.

Dyskusja. *Prof. Orłowski*: chociaż materjał kliniczny jest nieduży, jednak wyniki są zgodne, a badania doświadczalne na zwierzętach je potwierdzają. Uroselectan można już obecnie dostać w Warszawie, jest jednak b. drogi, gdyż jedno zastrzyknięcie kosztuje 35 zł. Preparat zawiera dużo jodu, jednak zatrucia nie daje. Przeciwwskazania są raczej natury teoretycznej. Jod w moczu występuje dopiero w kilka godzin po zastrzyknięciu. Wobec tego problematyczną się wydaje oba-

wa przed tym środkiem w atyreotoksykozach. Dzięki tej metodzie można rozpoznać takie zmiany w nerkach, jakie innemi sposobami nie dałyby się wykryć. Prof. Orłowski wyraża życzenie i nadzieję, że dzisiejsze odczyty pobudzą do dalszych prób tego środka.

Prof. Szmurło podkreśla z uznaniem nietylko ciekawy wybór tematu, lecz sumienne i dokładne jego opracowanie, tak w ujęciu teoretycznem, jak i praktycznem. Metoda badania podana przez prelegentów ze wszech miar zasługuje na uwagę. Dobre wyniki prób tłumaczy mocny związek preparatu, wobec czego wydziela się on niezmieniony. Wykryte w doświadczeniach na psach zmiany wywołane tym środkiem są tak małe, że nie można mówić o jadowitości preparatu. Nauka wykazała w uroselectanie potężny środek rozpoznawczy dla roentgenodjagnostyki.

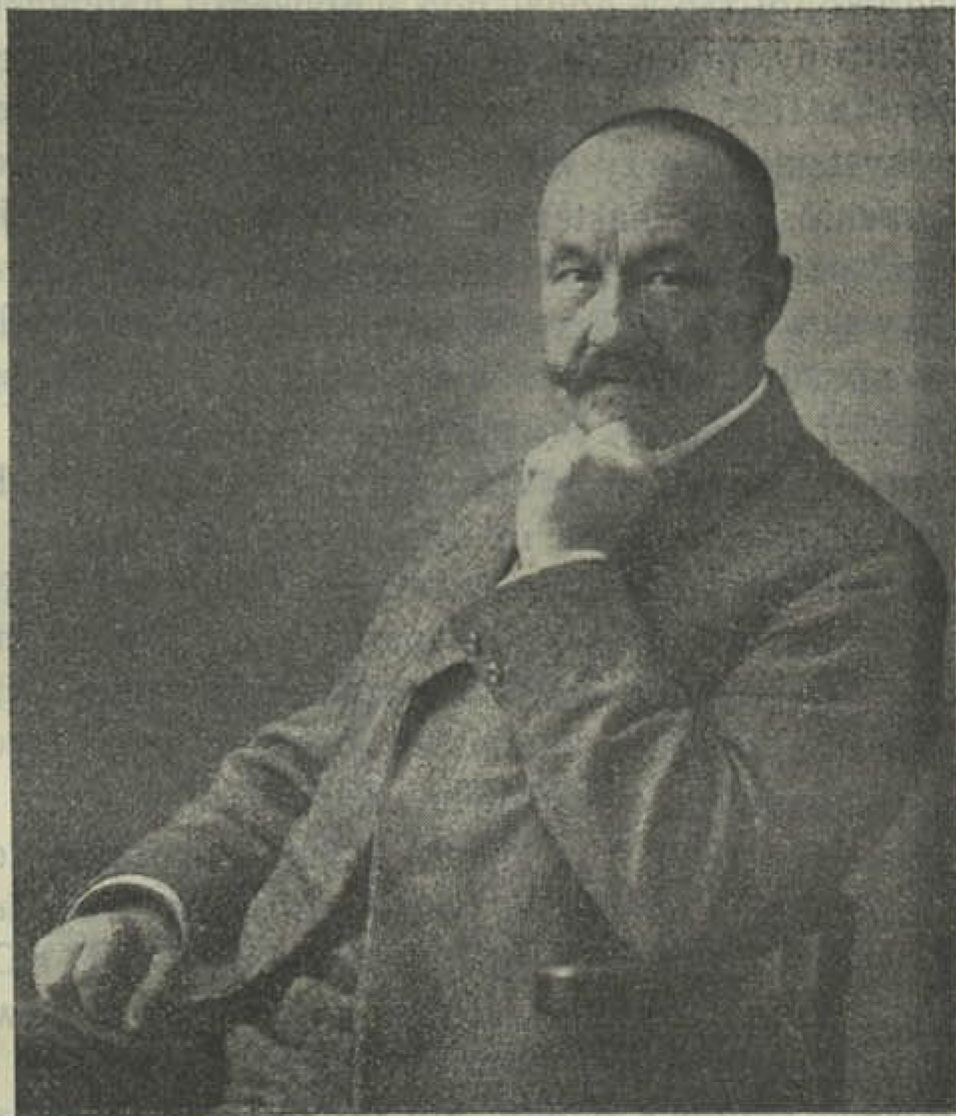
Dr. Trzeciak: z punktu widzenia praktyki ważnem byłoby, aby te badania były tańsze. Znam 1 przypadek w którym wyniki badania cystoskopowego zupełnie potwierdzały rozpoznanie roentgenologiczne po użyciu uroselectanu.

Prof. Orłowski: na razie mamy tylko 6 zdjęć, wobec czego nie możemy się uważać za dostatecznie wprawnych w odczytywaniu obrazu otrzymanego. Przyszłość prawdopodobnie nam pokaże, że różne cierpienia nerek będą miały rozmaite obrazy roentgenologiczne, jakie otrzymamy po uroselectanie.

Sekretarz *T. Wąsowski.*

Wiadomości bieżące.

Komitet Redakcyjny Pamiętnika Wil. Tow. Lek. z głębokim żalem powiadamia, że w dniu 10-go lipca r. b. zmarł po ciężkiej chorobie były Prezes i Członek Honorowy Wileńskiego Tow. Lekarskiego Dr. Med. **Tadeusz Dembowski.** Wspomnienie pośmiertne o wielce zasłużonym i powszechnie szanowanym b. Prezesie Wil. Tow. Lek. zostanie umieszczone w następnym zeszycie Pamiętnika.



Ś. p. D-r Med. Tadeusz Dembowski.

Bolesna jest śmierć lekarza w okresie jego pełnej działalności, jednak podobna jest ona śmierci bohaterskiej żołnierza na polu walki. Nieskończenie smutny jest cichy, bezgłośny koniec lekarza-inwalidy, złożonego od dłuższego czasu chorobą, wycofującą go z pola pracy i oddającą zapomnieniu.

Taki los spotkał ś. p. D-ra Tadeusza Dembowskiego, zmarłego 10-go lipca 1930 roku. Niech mi wolno będzie nieudolnem piórem przypomnieć Jego nieprzeciętną postać światu lekarskiemu i społeczeństwu.

Ś. p. D-r Tadeusz Dembowski urodził się w 1856 roku w Pułtusku, gdzie ojciec jego Józef Dembowski był sędzią. Dzięki wrodzonym zdolnościom ukończył szkołę średnią w Pułtusku w 16-ym roku życia. W jakiś czas potem wstąpił do Instytutu Technologicznego w Petersburgu, gdzie przebył cztery lata. Studja jednak techniczne nie zadowoliły Go i bodaj pod wpływem Chałubińskiego, do którego był zbliżony, przeniósł się do Dorpatu i wstąpił na wydział lekarski. W roku 1885 ukończył studja ze stopniem doktora medycyny, będąc asystentem przy klinice chirurgicznej prof. von Wahla. Z Dorpatu przeniósł się następnie do Krakowa, do kliniki prof. Mikulicza, gdzie pełnił obowiązki asystenta. Do Wilna ś.p. D-r Dembowski przybywa w 1888 roku. W owe czasy nie mogło być mowy o otrzymaniu posady ordynatora w szpitalu, co znacznie ograniczało zasiąg działalności chirurga. Po pewnym czasie Ś. p. D-r Dembowski otwiera prywatną lecznicę chirurgiczną, przy ul. M.-Pohulanka w domu Gorskiego, potem na ul. Niemieckiej 3; daje to mu możność wykonywania poważniejszych operacyj. Był on bodaj pierwszy, który zaczął wykonywać w Wilnie laparatomje. Nawiasem mówiąc, pierwszej swej laparatomji w Wilnie, jak dziś pamiętam, dokonał w dwóch wyłącznie dla dokonania tej operacji wynajętych i odpowiednio przystosowanych pokoikach. Zdobywanie coraz większego zaufania w społeczeństwie i w gronie kolegów rozszerzyło znacznie zakres jego działalności lekarskiej i pozwoliło mu wreszcie wybudować specjalną lecznicę dla chirurgji i ortopedji, którą D-r Dembowski zwłaszcza się interesował i w której nabyte przezeń wiadomości z mechaniki znakomicie mu pomagały przy tworzeniu aparatów. Wreszcie i władze rządowe oddały Mu do dyspozycji oddział chirurgiczny przy dziecięcym szpitalu Sióstr Czerwonego Krzyża na Antokolu. Z szeregu naukowych prac ś. p. D-ra Dembowskiego udało mi się zaledwie odszukać część; przeważnie umieszczał je w czasopismach niemieckich: Onkologische Beiträge, Zur Amputation des Mastdarmvorfalles, Zur Drainage der Gallenwege, Zur Entstehung der peritonealen Adhäsionen, Ein Fall von pes planus traumaticus dauernd geheilt nach der Methode von Gleich, Ein neuer Apparat zur Behandlung der Coxitis, Extirpatio tali bei veraltetem pes equino-varus. Dwa przypadki złamania kości ramieniowej. Przypadek meningocele spuria traumatica i t. d.

Dla tak wybitnej inteligencji, znacznego zasobu wiadomości i żywego temperamentu nie mogło wystarczyć zasklepienie się w fachowej codziennej praktyce lekarskiej. Interesują Go żywo sprawy

społeczne, wydaje swoją pracę pod tytułem „Zagadnienie nędzy społecznej", bierze żywy udział w sprawach politycznych, w polemikach dziennikarskich, jako przedstawiciel obozu zachowawczego. Czas jakiś podpisuje, jako wydawca dziennik stronnictwa konserwatywnego. Wybrany na radnego miasta, z całym zapałem poświęca się sprawom miejskim, pracy w komisjach którym często przewodniczy. Interesując się żywo sprawami oświaty, kultury i sztuki, bierze czynny udział we wszystkich odnośnych poczynaniach. Zostaje jednym z założycieli Towarzystwa popierania sceny polskiej i kilkoletnim jego prezesem.

Charakter do gruntu prawy, nie wchodził nigdy w żadne kompromisy z sumieniem lub etyką, posiadał wielki zasób odwagi cywilnej, wygłaszając swe zdanie otwarcie bez względu na to, że mogło ono Mu przysporzyć niechętnych lub wrogów. Ten brak oportunizmu i śmiałość wyrażania przekonań zmuszała nawet przeciwników do uchylenia przed Nim czoła.

Dziś pozostała już tylko drobna garstka tych, co Go dobrze znali i potrafili ocenić.

Niech Mu ziemia będzie lekka. *M. M.*

społeczne, wydaje swoją pracę pod tytułem „Zagadnienie nędzy społecznej”*), bierze żywy udział w sprawach politycznych, w polemikach dziennikarskich, jako przedstawiciel obozu zachowawczego. Czas jakiś podpisuje, jako wydawca dziennik stronnictwa konserwatywnego. Wybrany na radnego miasta, z całym zapałem poświęca się sprawom miejskim, pracy w komisjach którym często przewodniczy. Interesując się żywo sprawami oświaty, kultury i sztuki, bierze czynny udział we wszystkich odnośnych poczynaniach. Zostaje jednym z założycieli Towarzystwa popierania sceny polskiej i kilkoletnim jego prezesem.

Charakter do gruntu prawy, nie wchodził nigdy w żadne kompromisy z sumieniem lub etyką, posiadał wielki zasób odwagi cywilnej, wygłaszając swe zdanie otwarcie bez względu na to, że mogło ono Mu przysporzyć niechętnych lub wrogów. Ten brak oportunizmu i śmiałość wyrażania przekonań zmuszała nawet przeciwników do uchylenia przed Nim czoła.

Dziś pozostała już tylko drobna garstka tych, co Go dobrze znali i potrafili ocenić.

Niech Mu ziemia będzie lekka.

Ń. N.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
(Kierownik Prof. Dr. *J. Szmurło*).

Doc. Dr. TADEUSZ WĄSOWSKI.

Rola układu naczynioruchowego w powstawaniu odruchu cieplnego błędnika.

Odruchowi cieplnemu przedsionka, objawowi powszechnie znanemu i mającemu decydujące nieraz znaczenie dla djagnostyki cierpień błędnika, poświęca się stale dużo miejsca w piśmiennictwie otjatrycznem. Powstanie tego odruchu starano się wyjaśnić tak drogą rozważań klinicznych, jak też badań doświadczalnych. Fakt zależności kierunku i charakteru oczopląsu cieplnego od t^0 wody, używanej do płukania ucha i od położenia głowy badanego, czyli położenia danego kanału półkolistego, nasunęły *Barany'emu* myśl, że odruch cieplny zależny jest wyłącznie od ruchu chłonki w kanałach: zimna lub gorąca woda, oziębiając lub ogrzewając ścianę kanału półkolistego, wywołuje fizykalne zjawisko — ruch płynu w kanale błoniastym, co powoduje nachylenie włókien ruchowych w bańeczce kanału i pobudza do odruchu błędnika, właściwego w każdym kanale. Teorja ta, tak pięknie i prosto wyjaśniająca nam powstanie oczopląsu cieplnego, została podana w wątpliwość przez *Bartels'a*; autor ten odrzuca możliwość powstania pod wpływem bodźców termicznych prądu chłonki w tak wąskich przestrzeniach, jakiemi są kanały błoniaste błędnika, (co przecie dla próby obrotowej było już dowiedzione przez *Macha*), i stara się przypisać odruch cieplny bezpośredniemu podrażnieniu termicznemu zakończeń nerwowych w kanałach: zdaniem jego, zimna woda powoduje zahamowanie, gorąca — pobudzenie czynności przedsionka. Zdanie to podzielają *Maupetit, Ewald.* Według tej teorji dużo jest podobieństwa między oczopląsem, powstałym po oziębianiu błędnika, a oczopląsem samoistnym wskutek całkowitego zniszczenia jednego błędnika. Spostrzeżenia kliniczne przeczą jednak temu. Dość przypomnieć przypadek podany przez *Lunda,* w którym po zniszczeniu jednego błędnika nystagmus spont. był stale ten sam, niezależnie od tego, jaką pozycję w przestrzeni nadawano głowie chorego,—fakt zupełnie nieodpowiadający wynikom normalnej próby cieplnej.

Jeszcze bardziej hypotetyczną jest teorja wysuwana przez *Gertza,* uzależniająca powstanie oczopląsu cieplnego od procesów chemicznych w okolicy banieczek.

Borries, usuwając gołębiom kanały półkoliste i następnie wykonując u nich próbę cieplną, otrzymywał ruchy oczopląsowe głowy, zmieniające swój kierunek, zależnie od rozmaitego ustawienia głowy gołębia w przestrzeni.

Doświadczenia te pozwoliły mu na uzależnienie oczopląsu cieplnego od narządów kamyczkowych ucha. Jednak powstaje pytanie, czy można u tak małych objektów, jak gołębie, usunąć doszczętnie kanały półkoliste, nie uszkodziwszy również i otolitów.

W celu wyjaśnienia słuszności teorji *Borries'a de Kleyn i Lund* poddawali świnki morskie silnemu centryfugowaniu metodą *Wittmaacka*, przez co niszczyli narządy kamyczkowe ucha. Wykonywana potem u nich próba cieplna nie wykazywała żadnych odchyleń od normy, co całkowicie obalało teorję *Borries'a*.

Inne światło na istotę odruchu cieplnego, zdawało się, rzuciły spostrzeżenia *Kobraka*. Autor ten zauważył, że dla otrzymania oczopląsu cieplnego wcale nie potrzeba używać dużej ilości wody o niskiej ciepłocie, — już 5,0 — 10,0 $ctm.^3$ wody nieco chłodniejszej lub cieplejszej niż t^0 ciała, wystarcza, by wywołać typowy odruch cieplny. Ponieważ, zdaniem jego, błędnik, położony głęboko w kości, nie może bezpośrednio reagować na tak minimalną różnicę t^0, przeto muszą zachodzić tu inne zjawiska, niepodobne do tego, o czem mówi nam teorja *Barany'ego*. Zdaniem jego, główną rolę odgrywa tu odruch naczynioruchowy, zmieniający stan naczyń błędnika i ciśnienia wewnątrzbłędnikowego, co musi się odbić na ruchu cieczy błędnikowej; oziębianie daje zwężenie naczyń obwodowych a rozszerzenie w błędniku, ogrzewanie — powoduje anemję błędnika.

Że błędnik może reagować na minimalne bodźce termiczne, dowiodły tego badania *Plum'a*, który, używając do płukania ucha wody o $^1/_8{}^0$ niższej lub wyższej ciepłocie, niż t^0 ciała, otrzymywał typowy oczopląs cieplny tam, gdzie użyto do płukania dostatecznej ilości wody.

Dohlman, uczeń *Barany'ego*, w celu wyjaśnienia pobudliwości termicznej błędnika badał przewodnictwo ciepła w kości i przyszedł do wniosku, że kość zbita przeprowadza ciepło sześć razy silniej od powietrza, a kość tylno-górnej części przewodu słuchowego zewnętrznego (tuż przy błonie bębenkowej) przewodzi ciepło znacznie lepiej od przestrzeni ucha środkowego, wypełnionych powietrzem. Okres utajony odruchu cieplnego jest różny, zależnie od różnicy pomiędzy t^0 wody użytej do płukania, a t^0 kanału półkolistego, oraz

zależnie od położenia kanału: dla kanału półkolistego zewnętrznego jest on krótszy, dla głębiej położonych kanałów pionowych—dłuższy.

Naogół błędnik zdolny jest do odczynu na minimalne bodźce cieplne. Badania *Dohlmana*, przeprowadzone na zwłokach, odznaczają się nadzwyczajną precyzyjnością i sumiennością i przemawiają stanowczo na korzyść teorji *Barany'ego*.

Jednak myśl rzucona przez *Kobraka* przyczyniła się do powstania szeregu prac, mających na celu wyświetlenie wpływu układu naczyniowego na odruch cieplny błędnika. Wyniki otrzymane przez różnych badaczy nie były zgodne.

Griessmann stwierdził, że nietylko oziębienie przewodu słuchowego zewnętrznego powoduje oczopląs błędnikowy, lecz wystarczy w tym celu oziębić okolicę małżowiny usznej, a nieraz okolicę szyi u wyrostka sutkowego. *Baldenweck. Ramadier, Lanos* powtórzyli te badania, lecz wynik był całkiem ujemny.

Kubo usuwał królikom zwój szyjny współczulny, przecinał nerw współczulny na szyi, lecz po tych zabiegach próba cieplna pozostawała bez zmian. Wprost odwrotne wyniki otrzymali w podobnych doświadczeniach *Lannois i Gaillard:* stwierdzili oni mianowicie, że usunięcie zwoju szyjnego u królika powoduje opóźnienie oczopląsu cieplnego (zwiększenie okresu utajonego) oraz wyraźne skrócenie czasu trwania odruchu. Taka zmiana odruchu cieplnego trwała nieraz 15 dni po zabiegu. Na podstawie swoich badań przychodzą oni do wniosku, że w powstaniu odruchu cieplnego mogą grać rolę różne czynniki, również i czynniki natury naczynioruchowej.

Terracol notuje u ludzi po usunięciu górnego zwoju szyjnego, po sympathectomji, a także po zastrzyknięciu do górnego zwoju szyjnego novocainy z adrenaliną obniżenie pobudliwości błędnika na oziębianie po stronie zabiegu. Poza tem spostrzegał on u tych chorych po sympathectomji i po usunięciu zwoju szyjnego oczopląs samoistny ku stronie operowanej. Te spostrzeżenia mówią o dużej roli układu naczyniowego w powstaniu oczopląsu. Ponieważ wykonane przez niego zabiegi wywoływały prócz tego wzmożenie słuchu po stronie operacji, co tłumaczyłoby się przekrwieniem dookoła zakończeń słuchowych, przypuszcza on przeto, że to samo prawdopodobnie dzieje się i w zakończeniach nerwowych przedsionka.

Badania anatomiczno-patologiczne *Baratoux, Matsui* wykazały, że przecięcie u zwierząt nerwu współczulnego na szyi wywołuje przekrwienie błędnika, rozszerzenie naczyń, niekiedy małe wybroczyny w błędniku. Podobne zjawisko spostrzegał również *Demetriades*: jego zdaniem, odpowiada to pierwszemu okresowi zapalenia.

Fischer nie widział żadnego wpływu n. sympatycznego na powstawanie odruchu cieplnego. Do tego też wniosku przychodzi i *Grahe;* przeprowadzał on swe badania na chorych z przedziurawionym bębenkiem, którym przestrzykiwał chore ucho 10 cmt.^{3} adrenaliny o t.^{0} ciała. Żadnych ruchów oczopląsowych oka przytem nie spostrzegał.

Jak możemy wnosić z powyższego krótkiego zestawienia piśmiennictwa, niema dotychczas absolutnej jedności w poglądach na istotę odruchu cieplnego błędnika. Z szeregu teoryj najbardziej odpowiadają obserwacjom klinicznym dwie: teorja fizykalna *Barany'ego* oraz teorja naczynioruchowa *Kobraka*. Każdy drobny szczegół, każde spostrzeżenie, które dają możność rzucić nowy promień światła na tę pierwszorzędnej wartości dla nauki i życia kwestję, powinny być wykorzystane.

To przekonanie pozwala mi również zabrać głos w tej sprawie, a to w celu podzielenia się własnemi obserwacjami i wynikłemi stąd rozważaniami.

Zaznajamiając się w swoim czasie dokładnie z poświęconem tej sprawie piśmiennictwem, znalazłem w pracy *Lannois i Gaillard'a* p. t. „A propos du rôle du sympathique dans l'épreuve calorique de *Barany*" ciekawy szczegół. Mianowicie w spostrzeżeniu drugiem, dotyczącem chorego po przecięciu we wnętrznoczaszkowem nerwu trójdzielnego prawego, stwierdzono po zabiegu silne przekrwienie błony bębenkowej prawej z rozszerzeniem naczyń, lecz bez obrzmienia i bez przedziurawienia, co autorzy objaśniają zaburzeniami troficznemi w sferze nerwu trójdzielnego. Wykonana na obu uszach jednakowo próba cieplna (stosowano 30 ctm.^{3} wody o t.^{0} 25^0) wykazała obniżenie pobudliwości cieplnej po stronie prawej, objawiające się przedłużeniem okresu utajonego, oraz skróceniem czasu trwania oczopląsu. Przekrwienie błony bębenkowej, rozszerzenie jej naczyń odbiło się ujemnie na pobudliwości cieplnej przedsionka w stosunku do zimnej wody, — pobudliwość ta została osłabiona.

W opisanych przez *Terracol'a* przypadkach wycięcia zwoju szyjnego, sympathectomja wywołała podobne zjawisko, z tą różnicą, że prócz obniżenia pobudliwości cieplnej błędnika wystąpił samoistny oczopląs ku stronie operowanej. I tu również błona bębenkowa wykazywała objawy przekrwienia, jak w ostrym nieżycie ucha.

Zdaniem tych autorów zjawiska powyższe należy tłumaczyć zmianami w układzie naczynioruchowym ucha środkowego i we-

wnętrznego, mianowicie, jak mówi *Terracol*, silniejszem przekrwieniem przedsionka, „une hipervascularisation des cretes vestibulaires“. Zjawia się jednak pytanie, dlaczego tak silne rozszerzenie naczyń błony bębenkowej i jej przekrwienie, odbijające się w odpowiedni sposób na naczyniach ucha wewnętrznego, nie wywołuje stale, samo przez się oczopląsu samoistnego. Otoskopując osoby, poddane próbie cieplnej wodą o t.° wyższej od t.° ciała, stwierdzamy, że błona bębenkowa bardzo nieznacznie zwykle reaguje zaczerwienieniem na taką kaloryzację; a więc i zaburzenia naczynioruchowe winny być mniejsze, siła ich natężenia mniejsza. A jednak po kaloryzacji otrzymujemy typowy oczopląs błędnikowy. Te rozważania nie mogą, mojem zdaniem, pozostać bez odpowiedzi.

Jeśli, według *Kobraka*, ogrzewanie przewodu słuchowego wewnętrznego ciepłą wodą wywołuje anemję ucha wewnętrznego, a przez to zjawia się nystagmus (Ny.) w pewnym kierunku, to dlaczego ostry stan zapalny błony bębenkowej lub jamy bębenkowej oczopląsu sam przez się nie wywoła. Odpowiedzieć na to można, że zapalenie ucha środkowego zmienia również warunki w uchu wewnętrznem. To słuszne. Możliwe przecież jest, jak mówi *Grahe*, że stan zapalny ucha środkowego może powodować zaburzenia naczynioruchowe w uchu wewnętrznem, możliwe również jest, że zaburzenia naczynioruchowe są pierwszą cechą zapalenia lecz, niestety, nie jesteśmy w stanie powiedzieć, czy zaburzenia w cieczy błędnikowej zależą wówczas od zmian naczynioruchowych, czy też od stanu zapalnego. I jeśli stan zapalny w uchu środkowem zmienia warunki w uchu wewnętrznem, to zachodzi pytanie, jak je zmienia? Może albo podrażnić funkcje przedsionka, albo je zahamować. W takim razie i pobudliwość cieplna winna się jednakowo zachowywać w ostrem zapaleniu ucha tak w stosunku do ogrzewania, jak do oziębiania ucha. Badania *Zalewskiego* stwierdziły, że pobudliwość błędnika w ostrym nieżycie i ostrem zapaleniu ucha ulega zwykle obniżeniu w porównaniu do ucha zdrowego. Zalewski w swych badaniach posługiwał się wodą o t° 27°; lecz jak w tem cierpieniu zachowuje się błędnik w stosunku do gorącej wody?

By wyjaśnić tę sprawę, przerabialiśmy na szeregu przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego bez najmniejszych klinicznych objawów ze strony ucha wewnętrznego próbę cieplną tak zimną, jak i ciepłą wodą. Wyniki naszych badań przedstawiają się następująco: w najbardziej ostrym okresie zapalnym ucha środkowego pobudliwość cieplna błędnika dla zimnej wody była najsłabsza, dla wody

gorącej — największą; z chwilą ustępowania zapalenia pobudliwość błędnika dla oziębiania wzrastała, dla ogrzewania zmniejszała się. Do badań stosowaliśmy zwykle 10 cmt.^{3} wody o t.^{0} 22^0, lub 48—49^0. Z 15 zbadanych przypadków — we wszystkich bez wyjątku wyniki były identyczne. Jeśli chodzi o charakter zmian odruchu cieplnego, spostrzeganych przez nas w okresie ostrego zapalenia ucha, to przy próbie oziębiania ucha wyrażały się one coraz wybitniejszem skróceniem okresu utajonego oczopląsu i zwiększeniem czasu trwania odruchu, niekiedy żywszemi ruchami oczopląsowemi; przy ogrzewaniu ucha spostrzegaliśmy zjawisko odwrotne: z chwilą zmniejszania się objawów zapalnych ze strony ucha środkowego okres utajony odruchu cieplnego zwiększał się, czas trwania oczopląsu stawał się krótszym.

Dla przykładu podamy krótkie protokóły kilku badań.

Przypadek 1. K. K. 65 l. Ostre ropne zapalenie prawego ucha środkowego. Błona bębenkowa czerwona, obrzmiała, bez rysunku, małe centralne przednie przedziurawienie. Ropienie obfite. Szept — a. c. Próba cieplna: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 22^0 C. wywołuje po 18 sek. powolne zboczenie (deviatio) gałek ocznych wprawo; dopiero w 27 sek. od płukania zjawia się Ny. hor. sin., trwający 90 sek.

Po zastosowaniu leczenia objawy zapalne ze strony ucha środkowego uspokoiły się nieco; już po tygodniu wykonane badanie ucha wykazało znaczne zmniejszenie ropienia, błona bębenkowa mniej czerwona, występują lekkie zarysy młoteczka. Próba cieplna: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 22^0 C. już po 8 sek. wywołuje żywy Ny. h. sin., trwający 114 sek.

W przypadku tym poprawa stanu zapalnego ucha środkowego odbiła się na odruchu cieplnym w ten sposób, że okres utajony odruchu znacznie się zmniejszył, trwanie zaś oczopląsu wyraźnie przedłużyło.

Przypadek 12. S. J. 61 l. Otitis med. pur. ac. dextra, Mastoiditis dextra. Ropienie z ucha mierne, błona bębenkowa bardzo przekrwiona, czerwona, przedziurawienie niewidoczne.

Próba cieplna: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 22^0 C. nie daje żadnego odruchu. Po kilku dniach chory był poddany zabiegowi operacyjnemu (trepanatio). 10 dni po operacji ucho suche, błona bębenkowa szaro-różowej barwy. Próba cieplna: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 22^0 C. dało po 30 sek. Ny. hor. sin. (drobny), trwający 30 sek. Próba cieplna, wykonana po raz trzeci przy wypisywaniu chorego z kliniki (błona bębenkowa bez śladów zapalenia, matowa, szara, nieco zgrubiała), dała wynik następujący: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 22^0 C. — po 30 sek. drobny Ny. hor. sin., trwający 36 sek.

W tym przypadku jeszcze wyraźniej wystąpiły zmiany odruchu cieplnego w zależności od zmniejszenia się objawów zapalnych ze strony ucha środkowego: podrażnienie cieplne, nie będące w stanie

na początku choroby wywołać najmniejszego odruchu błędnikowego, z chwilą poprawy ostrego zapalenia ucha daje już normalny odruch, którego siła jeszcze bardziej wzrasta po zupełnem zlikwidowaniu sprawy chorobowej.

Przypadek 15. P. A. 40 l. Otitis med. pur. ac. sin. Mastoiditis Citelli sin. Ropienie obfite; przetoka kostna w tylnej ścianie przewodu słuchowego zewnętrznego, błona bębenkowa mało widoczna, czerwona. Próba cieplna: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 49^0 C. daje po 13 sek. Ny. hor. sin., trwający 150 sek. Chory poddany był zabiegowi operacyjnemu. Tydzień po operacji ucho nie ropieje, błona bębenkowa szaro-różowa. Próba cieplna: 10 ctm.^{3} wody o t.^{0} 49^0 C daje po 26 sek. Ny. hor. sin. trwający 50 sek.

W podanym przypadku pobudliwość cieplna błędnika dla gorącej wody była najwyższa w chwili najbardziej ostrego okresu cierpienia; z chwilą poprawy pobudliwość cieplna staje się mniejsza, — wydłuża się okres utajony odruchu, skróca się czas trwania oczopląsu cieplnego.

Badania nasze wykazują wyraźnie, że ostre stany zapalne w uchu środkowem obniżają pobudliwość błędnika dla zimnej wody i zwiększają tę pobudliwość dla wody gorącej. Rozpatrzmy możliwe przyczyny tego zjawiska. Wiemy, że zaburzenia troficzne w sferze n-trójdzielnego, powstałe po przecięciu tego nerwu, objawiają się ostrem przekrwieniem błony bębenkowej (*Lannois, et Gaillard*); wiemy, że podobny stan ucha środkowego może wystąpić również po sympathectomji, poza tem wiemy, że sympathectomja wywołuje rozszerzenie naczyń w błędniku z wybroczynami krwawemi w nim (*Baratoux, Matsui*). Uważając zaburzenia naczynioruchowe za wstęp do ostrego zapalenia, musimy przyjąć, że w ostrem zapaleniu ucha środkowego również wystąpią pewne zmiany naczynioruchowe w błędniku. Z drugiej strony, opierając się na teorji *Kobraka* utrzymującego, że oziębianie przewodu słuchowego zewnętrznego wywołuje rozszerzenie naczyń w błędniku, a ogrzewanie—ich zwężenie i anemję błędnika, mielibyśmy po sympathectomji, wywołującej, jak już wspomnieliśmy wyżej, rozszerzenie naczyń błędnika, wzmożenie odruchu cieplnego od zimnej wody. Tymczasem dzieje się wprost odwrotnie (*Lannois et Gaillard, Terracol*). Podobnież zapalenie ucha środkowego powinnoby wpłynąć pobudzająco na odruch cieplny błędnika w stosunku do zimnej wody. Jednak przekonaliśmy się, że tak nie jest. Jak to wytłumaczyć? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, przeprowadziliśmy szereg różnych badań na chorych, jak również doświadczenia na zwierzętach, co postaramy się niżej omówić.

Przedewszystkiem zadaliśmy sobie pytanie, czy odruch cieplny błędnika jest u danej osoby jednostką stałą, czy też ulega pewnym wahaniom. Uprawniła nas do postawienia tego pytania rozbieżność dotychczasowych badań w tej sprawie. *Zalewski* utrzymuje, że odruch cieplny u danego osobnika nie jest jednostką stałą, że u różnych osób wahania w sile odruchu mogą być rozmaite. Tego zdania jest również *Kobrak*, zaś *Brüning*, *Dohlman* są odmiennego zdania. Według *Dohlmana*, różnice w sile odruchu cieplnego u danej jednostki zależne są od błędów w technice wykonania odruchu cieplnego, jak np. nieprzestrzeganie, by strumień wody skierowany był wyłącznie na tylno-górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego; poza tem odgrywa tu rolę niejednakowe ustawienie oczu badanego za każdym razem. By wyjaśnić tę sprawę, przeprowadzaliśmy systematyczne badania pobudliwości cieplnej błędnika u 10 osób z zupełnie normalnym narządem słuchu w różnych odstępach czasu, oraz w różnych warunkach, a więc: naczczo, po posiłku, po dłuższym odpoczynku, po szybkim spacerze lub bieganiu, wreszcie po nałożeniu na szyję opaski gumowej, by wywołać zastój żylny głowy. Przestrzykiwania ucha wykonywaliśmy stale jednakowo: na koniec strzykawki zakładaliśmy kawałek twardej rurki gumowej ok. 2 — 2,5 ctm. długości, tak, iż prąd wody uderzał w tylno-górną ścianę przewodu. Badanym nakładano okulary Bartelsa. Okazało się, że u wszystkich badanych odruch cieplny stale wykazywał większe lub mniejsze wahania. Specjalnie duże wahania w sile odruchu cieplnego spostrzegaliśmy u osób z gruźlicą płuc lub krtani, u których, jak wiemy, pobudliwość odruchowa bywa zwykle wzmożona.

Z naszych badań nie możemy wyciągnąć wniosków co do charakteru wpływu różnych czynników, jak np. zmęczenia, zastoju naczyń głowy i innych na intensywność odruchu cieplnego; zresztą nie o to nam w danej chwili chodzi; ustalić jednak możemy, co jest dla nas najważniejsze, że ta sama podnieta cieplna może w różnych warunkach wywołać różnej siły odruch ze strony błędnika. Pewne warunki obniżają pobudliwość błędnika, inne znów ją podnoszą. Zmęczenie, czy zastój żylny czaszki, czy też zmiany ustroju, związane z procesem trawienia,—każde z tych zjawisk odbija się na układzie naczynioruchowym, dając bądź rozszerzenie, bądź zwężenie naczyń w narządach. Czy nie mogą wobec tego zaburzenia powyższe wpłynąć w odpowiedni sposób na charakter odruchu cieplnego błędnika? Nasze badania pozwalają na przyjęcie tej możliwości.

Jeśli zaburzenia naczynioruchowe w błędniku, objawiające się rozszerzeniem lub zwężeniem jego naczyń, nie mogą same przez się wywołać samoistnego odruchu ze strony błędnika (dośw. *Grahe*), to w każdym razie przy próbie cieplnej mogą one odgrywać rolę czynnika wpływającego na siłę oczopląsu. Dlatego też powstałe w ostrem zapaleniu ucha środkowego zapalne rozszerzenie naczyń, nie będąc w stanie dać Ny. spont., wpływa jednak na siłę odruchu, wywołanego bodźcami termicznemi— osłabia odruch na zimną wodę, a ożywia odruch na wodę gorącą. Dzieje się tak dlatego, że rozszerzenie naczyń, podnosząc t^0 narządu, obniża warunki przewodnictwa dla zimnej wody i podnosi te warunki w stosunku do gorącej wody. Pozwala nam na to przypuszczenie następna serja badań, do których omówienia przechodzimy.

Jak już podkreśliliśmy wyżej, doświadczenia *Grahe*, polegające na przestrzykiwaniu ucha z perforowanym bębenkiem 10 ctm.[3] adrenaliny o t^0 ciała, nie dały samoistnego odruchu błędnika, z czego ten autor wysnuł wniosek, że czynniki naczynioruchowe nie odgrywają roli w powstaniu odruchu cieplnego. Naszem zdaniem, wynikło to stąd, że adrenalina, wywołując zwężenie naczyń ucha, a przez to obniżenie ciepłoty w uchu, była zbyt słabym bodźcem, by spowodować odruch ze strony błędnika, innemi słowami — wywołane przez nią obniżenie t^0 było niedostateczne dla wystąpienia odpowiedniej reakcji błędnikowej.

Jednak adrenalinowe zwężenie naczyń ucha może być momentem usposobiającym i ułatwiającym powstanie typowego odruchu przy następnem płukaniu ucha zimną wodą.

W celu sprawdzenia słuszności naszych rozważań przeprowadziliśmy następujące badania: u chorych z brakiem błony bębenkowej wykonywaliśmy próbę cieplną zimną i gorącą wodą (badań tych nigdy nie przeprowadzaliśmy w tym samym dniu jednocześnie, by uniknąć fałszywych wyników). Po oznaczeniu przeciętnej pobudliwości cieplnej błędnika wlewaliśmy do ucha 1 — 2 ctm.[3] adrenaliny (1 : 1000) o t^0 ciała na parę minut, poczem po osuszeniu ucha wykonywaliśmy zwykłą próbę cieplną.

Zbadano 22 chorych: okazało się, że po zastosowaniu zimnej wody (stale używaliśmy u danego chorego tej samej ilości wody o t^0 22^0 C.) we wszystkich przypadkach po adrenalinie odruch cieplny występował żywiej—okres utajony zmniejszał się, czas trwania oczopląsu wzrastał: po zastosowaniu ciepłej wody (48^0 C., w jednym

przypadku 47° C., a w dwóch 43° C) po zastosowaniu adrenaliny do ucha w 19 przypadkach odruch zjawiał się później i trwał krócej, w jednym odruch wystąpił później, lecz trwał taksamo długo, jak i przed adrenaliną, w dwóch wreszcie odruch wystąpił później i trwał dłużej.

U 6-ciu z tych chorych stosowaliśmy dla porównania, prócz adrenaliny — 10% rozczyn kokainy. W 3-ch z tych przypadków siła odruchu cieplnego przy zimnej wodzie była taka sama, jak po adrenalinie, w jednym lekko zmniejszona, w dwóch znacznie zmniejszona. W stosunku do ciepłej wody błędnik we wszystkich 6-ciu przypadkach zachowywał się podobnie, jak po adrenalinie.

U 4-ch innych chorych przeprowadziliśmy dodatkowe badania odruchu cieplnego po zastosowaniu do ucha 10% alypiny, która, jak wiemy, nie rozszerza naczyń. We wszystkich przypadkach oziębianie przewodu słuchowego dawało oczopląs normalnej siły; w jednym tylko z nich trwał on nieco dłużej. Adrenalina u tych chorych wywołała znaczne wzmożenie odruchu.

Dla uwypuklenia tych różnic pozwolę sobie przytoczyć kilka protokołów.

Przypadek 13. K. J. 50 l. Brak lewej błony bębenkowej, minimalna wydzielina śluzowa.

Płukanie lewego ucha: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C — po 12″ deviat. sin. et Ny. hor. dextr. trwający 85″.

Po adrenalinie: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C — po 7″ Ny. hor. dextr., trwający 105″ (słaby zawrót głowy).

Dnia następnego płukanie lewego ucha: 10 ctm.³ wody o t⁰ 43⁰ C — po 19″ Ny. hor. sin. trwający 30″,

Po adrenalinie: 10 ctm.³ wody o t⁰ 43⁰ C — po 30″ Ny. hor. sin., trwający 30″.

Przypadek 1. L. W. 31 l. Stan po operacji radykalnej prawego ucha; śluzówka jamy bębenkowej lekko różowa, wilgotna.

Próba cieplna: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C—po 23″ Ny hor. sin. trwający 22″.

Po 10% kokainie: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C — po 17″ Ny. hor. sin. trwający 49″.

Po adrenalinie: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C—po 11″ Ny. hor. sin. trwający 35″.

Następnego dnia wykonano próbę cieplną gorącą wodą:

10 ctm.³ wody o t⁰ 47⁰ C — po 32″ Ny. hor. dextr. trwający 41″ pr 10% kokainie.

10 ctm.³ wody o t⁰ 47⁰ C—po 44″ Ny. hor. dextr. trwający 29″ po adrenalinie.

10 ctm.³ wody o t⁰ 47⁰ C — po 43″ Ny. hor. dextr. trwający 28″.

Przypadek 14. P. Ż. 19 l. Brak lewej błony bębenkowej.

Próba cieplna: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C—po 22″ Ny. hor. dextr. trwający 60″.

Po adrenalinie: 10 ctm.³ wody o t⁰ 22⁰ C — po 9″ Ny. hor. dextr., trwający 126″.

Powyższe badania potwierdzają, zdaje się, nasze przypuszczenia, że zwężenie naczyń, wywołane przez adrenalinę, jest tym czynnikiem, dzięki któremu oziębianie ucha łatwiej powoduje odruch ze strony błędnika, niż ogrzewanie. Nie chodzi tu bynajmniej o znieczulanie zakończeń nerwowych, gdyż alypina, znieczulając, lecz nie zwężając naczyń, nie daje zmiany odruchu, kokaina zaś wobec swego działania zwężającego na naczynia podobna jest w działaniu do adrenaliny. Ponieważ, jak już mówiliśmy wyżej, sympathectomja, rozszerzając naczynia błędnika, nie wzmacnia odruchu cieplnego na zimną wodę, podobnie wpływa na odruch ostre zapalenie ucha środkowego, możemy zjawisko spostrzegane po zastosowaniu adrenaliny do ucha wytłumaczyć sobie nie wpływem zaburzeń naczynioruchowych na istotę odruchu cieplnego, a tylko wpływem zmienionej pod działaniem adrenaliny ciepłoty w uchu, co zmienia warunki przewodnictwa ciepła: zimno łatwiej niż ciepło dojdzie przez oziębioną (chociażby minimalnie) wskutek zwężenia naczyń tkankę do kanałów i wywoła w nich odpowiednie zmiany, powodując na drodze odruchu oczopląs.

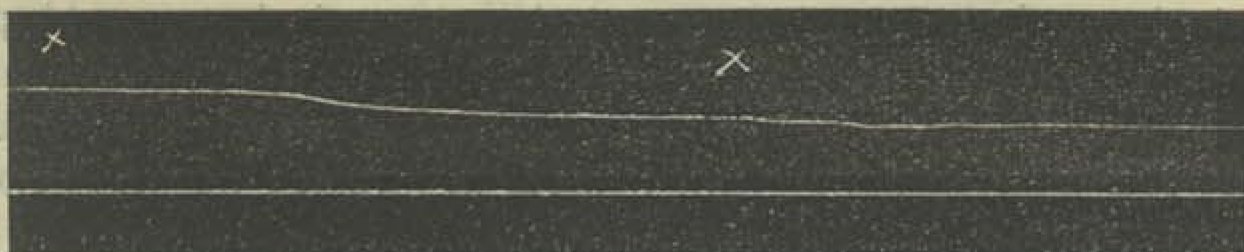
Po dojściu do tego wniosku na podstawie doświadczeń klinicznych na chorych postanowiliśmy jeszcze poddać swe rozważania kontroli doświadczeń na zwierzętach.

Doświadczenia te przeprowadziliśmy na królikach. Usuwaliśmy im zwój współczulny na szyi, przecinaliśmy n.n. auriculares anterior et posterior, by sprawdzić, jaki to wpływ wywiera na odruch cieplny. Operacje wykonywaliśmy według metody podanej przez *A. Kotzareff'a* i *Roger Fischer'a*. Stale stosowaliśmy narkozę chloralhydratową, a to dlatego, iż jak wykazaliśmy uprzednio w pracy p. t. „Badania doświadczalne nad wpływem niektórych związków narkotycznych i nasennych na układ przedsionkowy i kanałów półkolistych", chloralhydrat w dawkach narkotycznych nie wpływa zupełnie na zachowanie się odruchu cieplnego błędnika. Narkoza taka umożliwiała nam wykonywanie zabiegu operacyjnego, a w następnych badaniach odruchu cieplnego ułatwiała nam nasze badania, znosząc zupełnie dowolne ruchy królika, wobec czego odruch cieplny występował bez żadnych ubocznych domieszek.

Zarówno po przecięciu nerwów sympatycznych, jak też po usunięciu zwoju szyjnego spostrzegaliśmy stale rozszerzenie naczyń ucha po stronie zabiegu, ucho było znacznie cieplejsze. Zjawisko to trwało niekiedy przez kilka dni, dłużej po usunięciu zwoju szyjnego.

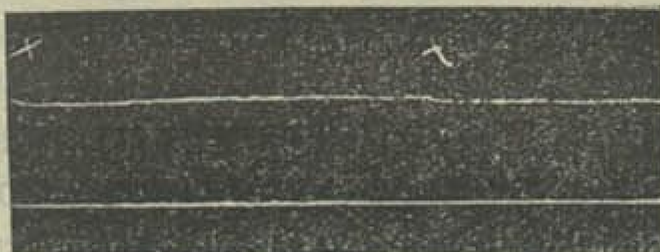
Ruchy oczopląsowe oka zapisywaliśmy na taśmie kimografjonu,

by mieć objektywną kontrolę poczynionych przez nas spostrzeżeń. Posługiwaliśmy się w tem metodą opracowaną przez nas wcześniej podczas badań nad wpływem środków narkotycznych i nasennych na odruchy błędnikowe. Metoda polega na tem, że lewa gałka oczna łączy się z aparatem piszącym zapomocą malutkiego haczyka metalowego, wkłówanego w środek rogówki oka; haczyk połączony jest z zapisywaczem cienką gumką. W ten sposób minimalne nawet ruchy gałki ocznej odbijały się na taśmie kimografjonu. W jednem z doświadczeń (Nr. 5) po usunięciu prawego zwoju szyjnego płukanie zimną wodą prawego ucha wywołało tylko słabe zboczenie lewej gałki ocznej ku przodowi, co na krzywej odbiło się nieznacznem odchyleniem łukowatem ku dołowi (Tabl. 1); powtórzone drugi raz



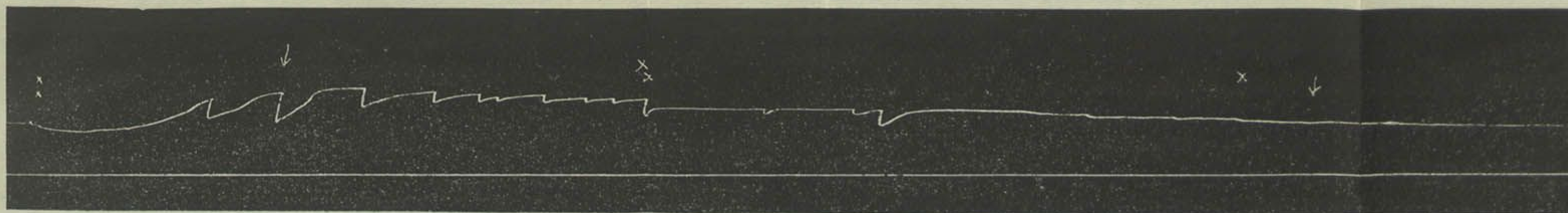
Tabl. 1. (K. 43). Płukanie ucha prawego zimną wodą (x—x), słabe zboczenie g. o. ku przodowi.

płukanie prawego ucha żadnych już ruchów gałki ocznej nie dało.

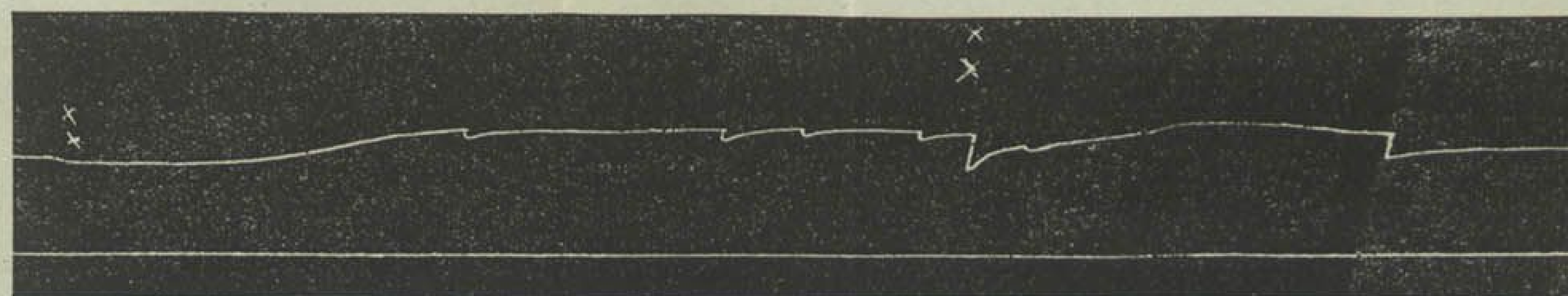


Tabl. 2. (K. 44). Płukanie pr. ucha (x—x) nie dało odruchu ze strony oka.

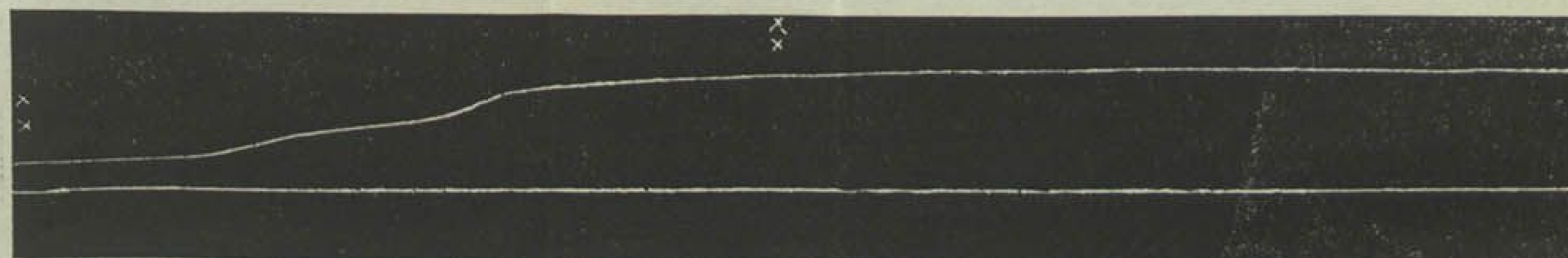
Przepłukiwanie ucha lewego zimną wodą za każdym razem wywołało zboczenie gałki ocznej ku dołowi i żywy Ny. vert. super. Na tablicy 3 widzimy najpierw oczopląs po płukaniu lewego ucha (xx—xx), poprzedzony powolnem zboczeniem gałki ocznej ku dołowi (wzniesienie się krzywej); oczopląs trwa czas pewien po przerwaniu płukania. Dalsza równa linja krzywej odpowiada płukaniu prawego ucha (x—x); widzimy, że nie jest ono w stanie wywołać już żadnego ruchu gałki ocznej. Nowe płukanie lewego ucha znów daje zboczenie gałki ocznej wdół i Ny. vert. super. (xx—xx), nieco słabszy od poprzedniego (tabl. 4).



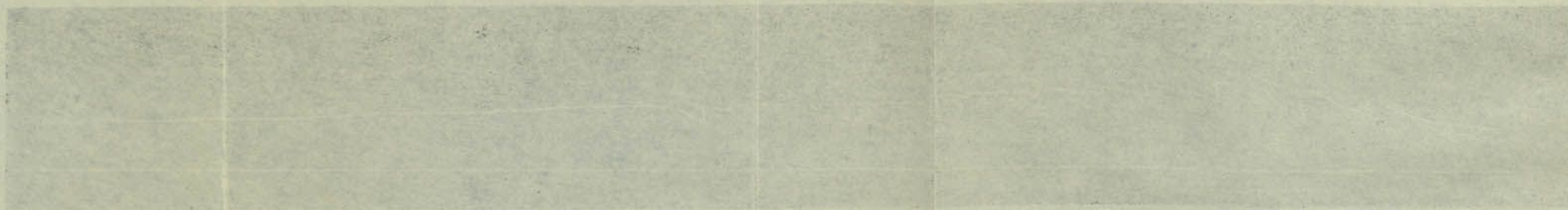
Tabl. 3.



Tabl. 4.



Tabl. 5.





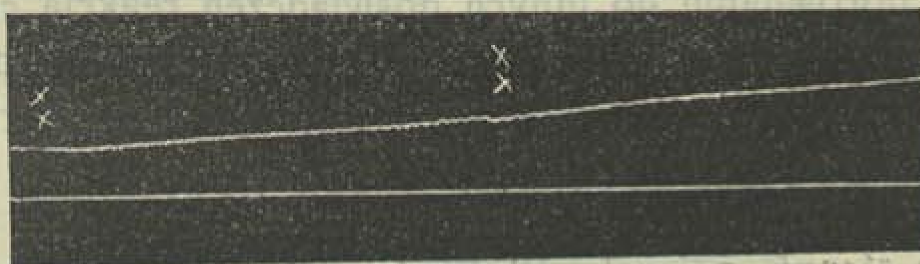


Doświadczenie to wyraźnie wykazuje wpływ hamujący usunięcia zwoju szyjnego na pobudliwość błędnika w stosunku do zimnej wody.

Zaburzenia odruchu cieplnego ze strony prawego przedsionka, zależne od usunięcia prawego zwoju szyjnego, trwały przez osiem dni po dokonaniu zabiegu.

Zupełnie takie same objawy ze strony błędnika po podobnym zabiegu spostrzegaliśmy również w doświadczeniach Nr. 2, 3, 4 i 7, z tą różnicą, że trwały one krócej; u zwierząt Nr. 2, 4, i 7 — przez 2 dni, u królika Nr. 3 przez 5 dni po operacji.

W innem doświadczeniu (Nr. 6) natychmiast po usunięciu lewego zwoju szyjnego, lewy błędnik reagował na oziębianie tylko zboczeniem gałki ocznej ku przodowi i dołowi (tabl. 5), podczas, gdy po prawej stronie można było oziębianiem z łatwością wywołać typowy oczopląs ku przodowi. Dopiero po dłuższym czasie, po uprzedniem płukaniu prawego ucha, ponowne płukanie ucha lewego dało słabe ruchy oczopląsowe gałki ocznej ku tyłowi i górze, poprzedzone zbaczaniem gałki ocznej ku przodowi i dołowi (tabl. 6).



Tabl. 6.

Niekiedy po usunięciu zwoju szyjnego mogliśmy spostrzegać tylko zmniejszenie oczopląsu, wywołanego płukaniem ucha po stronie dokonanego zabiegu.

W doświadczeniu Nr. 1 usunęliśmy królikowi prawy zwój szyjny. Płukanie prawego ucha zimną wodą dało ledwo dostrzegalny Ny, obl. ant. inf.; w chwilę potem wykonana na lewem uchu próba cieplna wywołała żywy Ny. obl. post. super. (tabl. 7) trwający 10 minut.

Mieliśmy do czynienia z pewną nadwrażliwością błędnika. Wykonane w czasie trwania tego oczopląsu płukanie ucha prawego nie zmieniło zupełnie ani siły, ani charakteru jego, natomiast zaraz potem wykonane przestrzyknięcie lewego przewodu słuchowego wzmocniło istniejący Ny., wahania jego stały się szybsze i drobniejsze, poczem po chwili powrócił on do charakteru poprzedniego.

Ilustruje to tabl. 8. Płukanie prawego ucha oznaczono na niej znakami x—x; widzimy, że w tej części krzywej charakter oczopląsu wcale się nie zmienił; płukanie natomiast lewego ucha oznaczone xx—xx, wzmocniło oczopląs. Powoli powrócił on do charakteru poprzedniego i trwał bardzo długo (ok. 30 min.). Zastrzyknięto również dożylnie 1 ctm^3 adrenaliny (1—1000). Nastąpił szybki ruch gałki ocznej do góry, jednak charakter oczopląsu się nie zmienił. Wykonane płukanie prawego ucha zimną wodą nie zmieniło trwającego jeszcze oczopląsu, lecz dało wyraźne zboczenie gałki ocznej ku dołowi.

Przedstawia to dokładnie tabl. 9 na której widzimy, że kierunek istniejącego oczopląsu nie zmienił się wcale, ruchy oczopląsowe stały się wyrazistsze, gałka zaś oczna in toto zboczyła ku dołowi, trwając w tym stanie czas pewien (x—x); następne przestrzyknięcie zimną wodą lewego ucha (xx—xx), jak kilkakrotnie już notowaliśmy przedtem, wpłynęło na oczopląs przyśpieszająco.

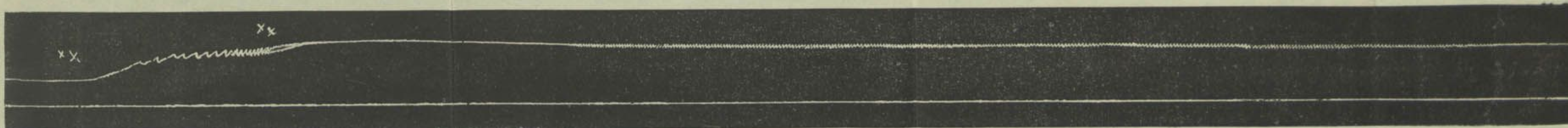
Widzimy więc, że i w tem doświadczeniu usunięcie zwoju szyjnego wpływało hamująco na odruch cieplny błędnika po stronie operacji. W porównaniu do innych doświadczeń reakcja cieplna była najwyższa, co tłumaczyć należy znaczną pobudliwością przedsionka u danego zwierzęcia, jak o tem nas przekonywał długotrwały oczopląs po płukaniu lewego ucha.

W doświadczeniu Nr. 8 przecięto n. n. auricularis anterior et posterior po stronie prawej. Płukanie ucha prawego zimną wodą nie dało żadnych ruchów oczopląsowych, płukanie lewego ucha wywołało najpierw zboczenie gałki ocznej wtył, a po pewnej dłuższej chwili dopiero słaby Ny. hor. ant (tabl. 10).

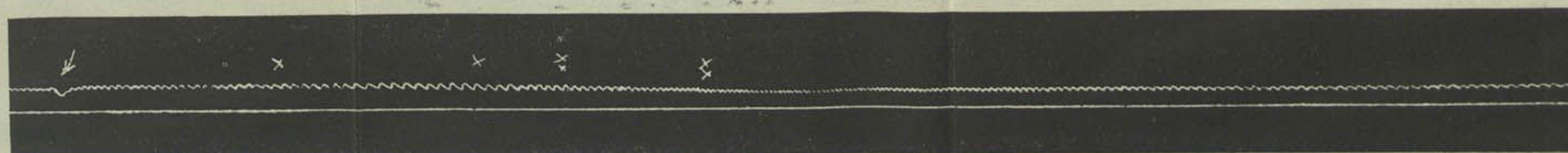
W danym przypadku mieliśmy królika z małą pobudliwością przedsionka, co widać z dość nikłej reakcji po oziębianiu lewego ucha, gdyż oczopląs wystąpił dopiero po dłuższem trwaniu oziębiania.

Naogół, po przecięciu nerwów współczulnych ucha mogliśmy odnotować to samo zjawisko, co i po usunięciu zwoju szyjnego, mianowicie — osłabienie odruchu cieplnego po stronie operowanej.

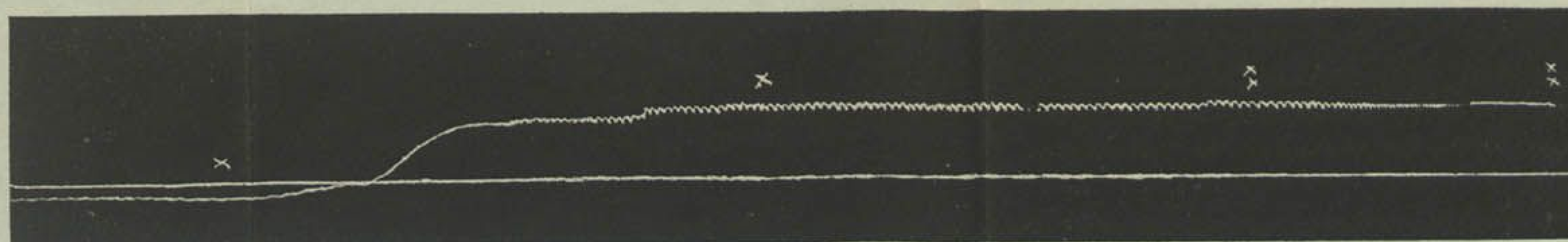
Zgadza się to zupełnie z postawionym przez nas na podstawie naszych badań klinicznych wnioskiem, że właściwym czynnikiem dla powstania oczopląsu cieplnego jest oziębienie lub ogrzanie kanałów półkolistych przedsionka, czynnikiem zaś usposabiającym — zwężenie lub rozszerzenie naczyń ucha, a co za tem idzie, podniesienie lub obniżenie ciepłoty, odbijające się na przewodnictwie ciepła tkanek, przylegających do kanałów. Usunięcie zwoju szyjnego, lub przecięcie



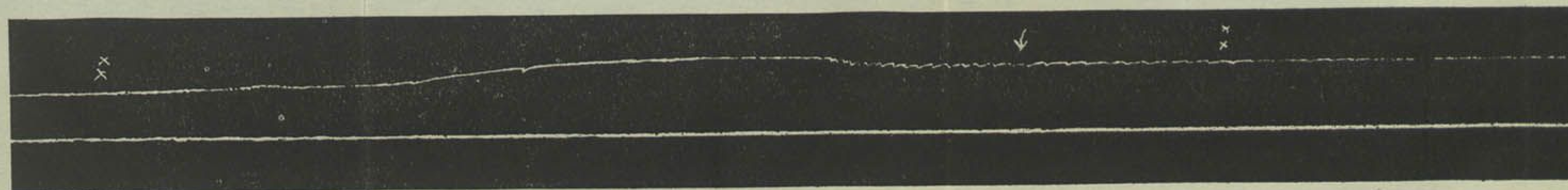
Tabl. 7.



Tabl. 8.



Tabl. 9.

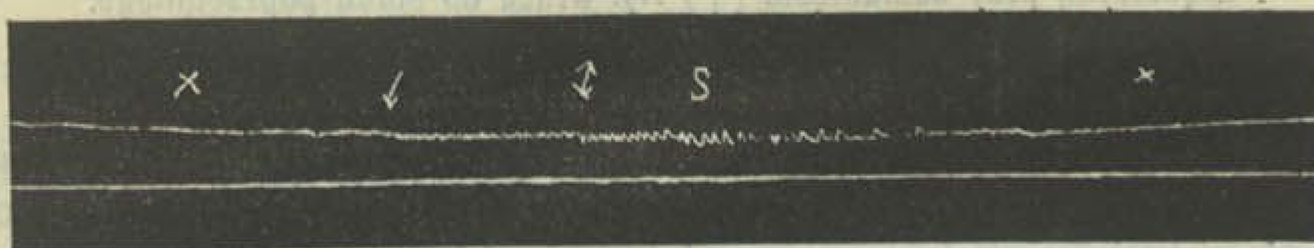


Tabl. 10.

nerwów sympatycznych ucha, wywołując rozszerzenie naczyń ucha i przekrwienie, osłabia warunki przewodnictwa dla zimnej wody i tem powoduje opóźnienie, względnie obniżenie odruchu cieplnego.

W doświadczeniu Nr. 9 postanowiliśmy stworzyć warunki odwrotne do tych, jakie mieliśmy w doświadczeniach poprzednich. Połączywszy drogą zabiegu operacyjnego prawy zwój szyjny z elektrodami prądu faradycznego, mogliśmy, przepuszczając prąd, drażnić ten zwój, a przez to wywołać zwężenie naczyń prawego ucha.

Otrzymane wyniki wyraźnie ilustrują tablice 11 i 12. Na tabl. 11 widzimy: po zastosowaniu zimnej wody do prawego ucha (x—x) zjawiło się najpierw zboczenie gałki ocznej ku przodowi (lekkie wy-



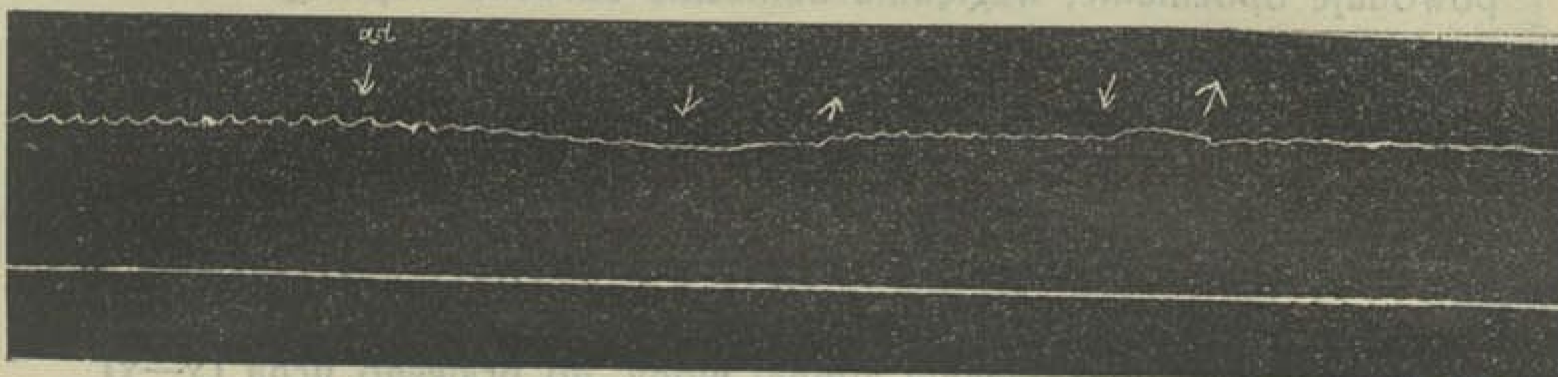
Tabl. 11. (K. 57). Słabe drażnienie prądem elektr. zwoju szyjnego podczas płukania prawego ucha (↓) dało drobny Ny. hor. post. Silniejszy prąd (↕) daje większy Ny.; jeszcze silniejszy, jeszcze większy Ny., który maleje z chwilą przerwania prądu.

gięcie krzywej wdół); puszczono słaby prąd faradyczny (↓) — natychmiast zjawił się drobny oczopląs poziomy ku tyłowi, gałka oczna jeszcze bardziej zaczęła zbaczać naprzód; po chwili prąd nieco wzmocniono (↕); oczopląs staje się większy, wahania jego szersze; dalsze wzmocnienie prądu (S) daje jeszcze większy oczopląs w tym samym kierunku. Po przerwaniu drażnienia prądem zwoju szyjnego oczopląs stopniowo się zmniejsza; przerwanie płukania ucha wywołuje powrót gałki ocznej wtył do położenia środkowego, oczopląs jednak trwa jeszcze czas pewien.

Podrażnienie zwoju szyjnego wywołało wzmożenie odruchu cieplnego, gdyż zastosowane w pierwszym okresie odruchu (deviatio) powoduje oczopląs w odwrotnym kierunku, t. j. taki, jaki przypuszczalnie otrzymalibyśmy po dłuższem oziębianiu ucha.

Siła oczopląsu wzrastała w miarę wzrastania prądu. Na tabl. 12 widzimy wpływ podrażnienia zwoju szyjnego na istniejący już oczopląs cieplny: w chwili otwarcia słabego prądu (↓) charakter oczo-

pląsu zmienia się,—staje się on częstszy i drobniejszy, by znów powrócić do stanu poprzedniego po wyłączeniu prądu (↑).



Tabl. 12. (K. 60). Wpływ podrażnienia prądem elektrycznym zwoju szyjnego pr. na istniejący oczopląs cieplny: otwarcie prądu (↓) czyni oczopląs drobniejszym i częstszym, przy zamknięciu (↑) Ny. wraca do stanu poprzedniego.

Doświadczenie to wykazuje, że drażnienie prądem faradycznym zwoju szyjnego wzmacnia odruch cieplny. Dzieje się to prawdopodobnie z tych samych przyczyn, jakie omawialiśmy wyżej, tłumacząc zjawiska, wywołane usuwaniem zwoju szyjnego i przecięciem nerwów współczulnych ucha: tam mieliśmy, jako skutek zabiegu, rozszerzenie naczyń ucha i osłabienie przewodnictwa ciepła dla zimnej wody, tu zaś mamy zjawisko odwrotne — podrażnienie zwoju szyjnego wywołuje zwężenie naczyń ucha, a przez to polepszenie warunków przewodnictwa dla zimnej wody, co wpływa dodatnio na próbę cieplną.

Porównanie wniosków, wypływających z naszych badań klinicznych, z wynikami doświadczeń na zwierzętach, wskazuje, że wzajemnie się one uzupełniają. Zdaje się z nich wypływać, że rozszerzenie lub zwężenie naczyń ucha, wywołane najrozmaitszemi bodźcami (zmęczenie fizyczne badanego, zastój żylny głowy, usunięcie na drodze doświadczalnej zwoju szyjnego lub drażnienie go prądem elektrycznym, przecięcie nerwów współczulnych ucha) będąc przejawem zaburzeń naczynioruchowych ucha, może być czynnikiem usposabiającym do powstania silniejszego odruchu cieplnego, przez ułatwienie przewodnictwa ciepła tkanek dookoła kanałów półkolistych: — rozszerzenie naczyń ucha wzmacnia przewodnictwo dla ciepłej wody, wskutek czego ogrzewanie ucha daje żywszy odruch, zwężenie zaś naczyń stwarza lepsze warunki dla przewodnictwa na zimną wodę, wobec czego oziębianie ucha daje żywszą reakcję cieplną.

Badania nasze przemawiałyby zatem za przypuszczeniem, że głównym czynnikiem powstania odruchu cieplnego jest zmiana ciepłoty ściany kanałów półkolistych i cieczy błędnikowej.

Zważywszy, że charakter oczopląsu cieplnego określa w normalnych warunkach położenie głowy badanego, czyli ustawienie danego kanału półkolistego w przestrzeni, że maximum odruchu otrzymamy, gdy dany kanał zajmie położenie pionowe, musimy przyjść do wniosku, że w danej chwili mechanizm powstania odruchu cieplnego najlepiej, jak nam się zdaje, tłumaczy teorja fizykalna *Barany'ego*, teorja ruchu chłonki pod wpływem ogrzewania lub oziębiania ściany kanału półkolistego błędnika.

Jak już podkreśliliśmy we wstępie niniejszej pracy, nie podejmowaliśmy się wcale rozwiązania trudnego i niewyjaśnionego dotychczas w całej pełni zagadnienia oczopląsu cieplnego. Zwrócił naszą uwagę fakt spostrzegany przez *Lannois* i *Gaillarda* — rozszerzenie naczyń błony bębenkowej po przecięciu nerwu trójdzielnego z równoczesnem obniżeniem pobudliwości cieplnej błędnika, oraz zjawisko, podkreślane przez *Zalewskiego*, — obniżenie pobudliwości cieplnej błędnika w ostrym nieżycie ucha i w ostrem zapaleniu ucha. Zjawiska te dowodziłyby wpływu układu naczynioruchowego ucha na odczyn cieplny. Chodziło nam przeto o oświetlenie ewentualnych przyczyn tych zjawisk. Wynikłe z naszych badań rozważania podajemy tylko, jako przyczynek do wyjaśnienia sprawy powstawania odruchu cieplnego, kładąc jednocześnie nacisk na to, że sprawa ta wymaga dalszych dociekań i gromadzenia odpowiedniego materjału.

Piśmiennictwo.

Dohlman. (Act. otol. 1925). Grahe. Ztsch. f. Lar. Rhin. Otol. T. 19. 1930. Kotzareff et Fischer. Les canceres et la physicochimie. Kobrak. Denk. u Kahl. Lannois et Gaillard. (Rev. de Lar. T. XLVII). Terracol. (Ann. des. mal. de l'oreille 1927). Wąsowski. (Pam. Wil. Tow. Lek. 1929). Zalewski. (Mon. f. Ohr. 1914).

D-r T. WĄSOWSKI.

prof. agregé.

Le rôle du sympathique dans l'épreuve calorique de Barany.

Pour établir le rôle du sympathique dans l'épreuve calorique de Barany l'auteur a fait les recherches suivantes:

1) il a examiné l'épreuve calorique dans des cas d'otite moyenne aigüe;

2) il a noté les degrés d'éxcitabilité calorique du vestibule chez les sujets avec la perforation du tympan en instillant dans le conduit externe des solutions de l'adrenaline, de cocaine et de l'alypine, en but de comparer les résultats obtenus;

3) il a fait l'experience de Barany chez les lapins, après avoir pratiqué la section du sympathique cervical et l'arrachement du ganglion cervical.

Chez les malades atteints de l'otite moyenne aigüe la reaction calorique au refroidissement était en géneral diminuée, tandis que l'eau chaude, en même temps, a produit toujours une augmentation marquée de la reaction.

Après l'instillation de l'adrenaline et de la cocaine sur le tympan perforé l'excitabilité thermique du vestibule était augmentée pour l'eau froide; les irrigations chaudes, par contre determinaient toujours l'apparition retardée du nystagmus; la solution de l'alypine donnait toujours la reaction normale.

Après la section du sympathique cervical chez les lapins, ou après l'arrachement du ganglion cervical on a observé aussi une altération dans la production du nystagmus calorique, — notamment un retard très marqué de son apparition.

Les observations décrites laissent à penser que c'est le changement de la temperature de la paroi labyrinthique qui joue le rôle principal dans l'épreuve calorique de Barany produisant des mouvements du liquide endolymphatique dans les canaux semicirculaires. L'action vaso-motrice du sympathique seulement change les conditions de la conductibilité thermique du tissu perivestibulaire.

Dr. JÓZEFAT BOHUSZEWICZ.
Z oddziału chirurgicznego Szpitala Wojskowego w Wilnie.

W sprawie leczenia ran przypadkowych i chirurgicznych ostrych spraw zakaźnych. (Dokończenie)

Postaram się teraz w krótkości skreślić, jakiemi drogami kroczyła myśl chirurgiczna w tej nowej dotychczas, niedostatecznie znanej i zbadanej dziedzinie. Ogólnie powiedzieć mogę, że zamiast dawnego konserwatyzmu zapanował wzmożony aktywizm, oparty na podstawach biologicznych.

Niejednokrotnie już poprzednio wspominałem o doświadczeniach Friedricha, Carell'a i innych, wykazujących, iż w przeciągu pierwszych 24—36 godzin drobnoustroje nie przenikają do głębszych warstw tkanek, że w przeciągu pierwszych 6 — 8 godzin wcale się nie rozmnażają, że po 12 godzinach rozwój ich przybiera większe tempo i dopiero po 24 — 36 g. zaledwie powierzchnia rany zostaje usiana drobnoustrojami. Mówiłem też i o tem, że dopiero w tym okresie dzięki zjawiskom biochemicznym oraz odpornościowym, wytwarza się dokoła rany wał ochronny, niedopuszczający do masowego wtargnięcia drobnoustrojów do wnętrza organizmu, wskazałem na obecność w ranie zmiażdżonych, porozrywanych, obumarłych i nekrobiotycznych komórek i tkanek, która przedewszystkiem stwarza podłoże dla zakażenia. Wspomniałem dalej o próbach ścinania powierzchni rany, sięgających czasów Napoleonowskich i wciąż wypływających na widownię (Larrey, Angier, Trojanow, Rechis, Poncet).

Pojedyńcze te jednak próby nie weszły w powszechne użycie, gdyż brakło im oświetlenia biologicznego i bakterjologicznego. Dopiero prace Policarda i innych stworzyły to ostatnie. Dzięki pracom szeregu chirurgów przedewszystkiem francuskich, potem angielskich a częściowo i niemieckich (Lemaitre, Pori, Tuffier, Phelip, Garre, Longer, Gregoire, Mauclair, Rouvilais, Lecoy, Lancert, Guillome, Leuset, Pedeprade, Bier, Moullin, Jocelyn, Swan, Gray, Carrel, Dakin, Wright, Weir, Golbraith i inni) powstaje metoda wycinania ran przypadkowych zwana przez Francuzów „débridement" przez Anglików „Primary Excision" przez Niemców „Wunderexcision".

Chirurg francuski Lemaitre był pierwszy, który stosował tę metodę stale w leczeniu ran i to już od roku 1914. Wkrótce metoda ta znalazła powszechne zastosowanie, a nawet stała się obowiązkową w leczeniu ran w całej armji francuskiej. Trochę później rozszerzyła

się i stała się obowiązkową w armji angielskiej, oraz w amerykańskiej wkrótce po jej przybyciu i wejściu w walczące szeregi. W armji niemieckiej takiego szerokiego, bo aż obowiązkowego zastosowania nie znalazła, aczkolwiek większość chirurgów, a przedewszystkiem elita chirurgji niemieckiej nią się posługiwała.

Metoda ta, jak wiemy, polega na wycięciu dostatecznie szerokiem w granicach tkanek zdrowych (jak przy nowotworach złośliwych) całego kanału rany, z całkowitem usunięciem wszystkich tkanek uszkodzonych, a nawet makroskopowo podejrzanych, oraz wszelkich ciał obcych, które do rany się dostały. Wycięcia tego winniśmy dokonać sposobem aseptycznym, to znaczy, że traktować będziemy powierzchnię rany, jako powierzchnię zakażoną, i w żadnym wypadku nie wolno nam przenieść z niej tego zakażenia na nową powierzchnię rany, wytworzoną nożem chirurga.

Przy tem wycinaniu musimy zawsze pamiętać o 2 rzeczach: 1) wycięcia dokonywać ostrym skalpelem chirurgicznym ażeby nie miażdżyć tkanek, 2) baczyć pilnie na ważne dla ustroju organy, przebiegające w sąsiedztwie rany, ażeby swym zabiegiem nie powiększać szkód dla organizmu, spowodowanych przez ranę. Dlatego więc, nie mówiąc już o ogólnej zasadzie dbałości o nerwy i naczynia, nie wolno nam usuwać odłamków kostnych, znajdujących się w związku z okostną; przy ranach stawowych po usunięciu kanału zewnętrznego winniśmy dokonać operacji otwarcia stawu metodą typową i tam tylko usunąć kanał rany, i tylko w razie zbyt silnego zdruzgotania dokonać typowego zabiegu artrotomji i t. d. Nie potrzebuję dodawać, że zabiegi te, jak już z tego widać, nie są zabiegami prostemi i łatwemi, odwrotnie wymagają dużej techniki, wiedzy i doświadczenia chirurgicznego.

„Débridement“ ma na celu z jednej strony usunięcie z rany drobnoustrojów, które do niej się dostały, a które jeszcze są w uśpieniu, względnie w początkowym okresie rozwoju i nabierania jadowitości, i w każdym razie do zażartej walki z ustrojem jeszcze nie wystąpiły. Dalej ma ono za zadanie usunięcie produktów nekrozy i nekrobiozy z rany, a tem samem, z jednej strony, wykonanie na drodze chirurgicznej tego, co organizm, wykonać musi w drodze procesów biochemicznych, nieraz dla ustroju całkiem nieobojętnych, z drugiej zaś strony usunięcie pożywki, na której mogą drobnoustroje się rozwinąć, dojść do jadowitości i zaatakować nawiedzony ustrój.

W dalszem leczeniu tych ran możemy postępować trojako: 1) albo traktujemy wytworzoną ranę, jako ranę chirurgiczną (aseptyczną), zaszywamy ją na głucho (szew pierwotny), 2) albo zo-

stawiamy ją otwartą w ciągu kilku dni i potem zaszywamy (szew wtórny), 3) albo zostawiamy otwartą, aż do wytworzenia się ziarniny, ażeby potem, ewentualnie po usunięciu ziarniny, zaszyć ją lub też czekać zabliźnienia (szew opóźniony). Każda z tych metod ma swe wskazania i przeciwwskazania.

Pierwsze postępowanie (szew pierwotny) możemy zalecać wtedy: a) gdy zabiegu dokonaliśmy w 10 — 12 godzin po zranieniu, b) gdy jesteśmy pewni, żeśmy usunęli wszystkie ciała obce oraz tkanki, znajdujące się w stanie nekrozy lub nekrobiozy, c) gdy badania bakterjologiczne wykazały nam, iż nie mamy w ranie przynajmniej paciorkowców i beztlenowców, d) gdy możemy rannego pozostawić na miejscu przynajmniej w ciągu 15 dni po zabiegu, nie poddając go dalszemu transportowi.

Postępowanie drugie możemy zalecać wtedy, gdy: a) zabieg wykonaliśmy później niż w 10—12 godzin po zranieniu, b) gdy z jakichbądź względów nie możemy być zupełnie pewni doszczętnego usunięcia wszelkich tkanek zmiażdżonych lub też ciał obcych, c) gdy badania bakterjologiczne wykazały w ranie paciorkowce lub beztlenowce, d) gdy musimy być przygotowani na prędki transport chorego.

Postępowanie trzecie możemy zalecić w przypadkach, gdy: a) pozostawiliśmy w ranie odłamki kostne, co do żywotności, których mamy pewne wątpliwości, b) gdyśmy nie mogli wyciąć całego kanału rany, ze względu na przebiegające w jego ścianach naczynia i nerwy, t. j. gdy część tego ostatniego pozostała niewycięta i skutkiem tego jest zakażona, c) gdy nie jesteśmy pewni, że i po tem wtórnem zeszyciu rany, ranny może pozostać na miejscu przez dni 15.

Zaznaczyć przytem należy, że w razie uszkodzenia nerwu, chirurdzy francuscy po débridement nakładają szew nerwowy, a w razie uszkodzenia naczynia, grożącego przy podwiązaniu zgorzelą, i szew naczyniowy.

Jak już zaznaczyłem, metoda ta leczenia była obowiązkowa najpierw w armji francuskiej, potem angielskiej, dalej amerykańskiej, oraz szeroko używana i zalecana przez Zjazd Chirurgów niemieckich w Brukseli w roku 1915, na wniosek Garre, w armji niemieckiej.

A wyniki?

Około 85% rannych powracających na front—oto skutek tego postępowania. Lemaitre podaje, że z 846 przypadków miał tylko w 7 niepowodzenie i to bez złych następstw dla chorego. Wedle Gross'a z 759 ran, zaszytych szwem pierwotnym, zagoiło się przez rychłozrost 678, częściowe rozejście się rany miało miejsce w 47 przypad-

kach, zupełne zaś puszczenie szwów w 37. Wedle Tüffier przy débridement po bitwie pod Aisne 84% rannych w tkanki miękkie już po 35 dniach powróciło na front. Michels ze szpitala Depage'a z 385 przypadków miał rychłozrost w 333, w tem z 73 złamań powikłanych w 71 rychłozrost. Wedle statystyki Blocha (Mondor) z 208 przypadków zranień postrzałowych kolana, leczonych dotychczasową metodą (artrotomja z drenami), 52 przypadki zakończyły się śmiercią, 13 rezekcją i amputacją w 41 przypadku. Zaledwie 102 przypadki wygoiły się i to z zesztywnieniem. Natomiast z 328 zranień kolana, poddanych débridement i zaszytych szwem pierwotnym, otrzymano 312 wyzdrowień z dobrze zachowaną zdolnością do ruchów. Dival podaje, że w r. 1917 nie stwierdził ani jednego przypadku zgorzeli gazowej, gdy débridement było powszechnie stosowane w armji francuskiej, natomiast bez wykonania tego zabiegu zdarzała się ona średnio w 2,8% (Marvedel). Zaznaczyłem już poprzednio, że w Polsce metoda ta jest bardzo mało znana i zupełnie nierozpowszechniona. Byliśmy oddzieleni od źródeł i zdobyczy naukowych zachodu kordonami walczących armji i wyjątkowemi warunkami, stworzonemi przez okupantów. Warunki wojny polsko-bolszewickiej nie nadawały się do większego rozpowszechnienia tej metody. Wprawdzie niektórzy koledzy ją stosowali (Sieramski, Latkowski), większych jednak statystyk i doświadczeń nikt u nas nie posiada. Tem ciekawsza jest praca Latkowskiego, dotycząca stosowania tej metody w I szpitalu Okręgowym w Warszawie w czasie wypadków majowych w roku 1926. W pracy tej autor podaje wyniki 53 zabiegów chirurgicznych, dokonanych na rannych celem nałożenia szwu pierwotnego. Statystyka jego nie jest tak świetna, jak statystyka dopiero co podanych autorów. Zaznaczyć jednak należy, iż autor, który poprzednio się wyraził: „Nie mieliśmy pod tym względem większego doświadczenia, nie mieliśmy wiary głębokiej w zbawienność zabiegu chirurgicznego“, stwierdza, iż szew pierwotny trzykrotnie zmniejsza niebezpieczeństwo ciężkiego zakażenia przyrannego i skraca pobyt rannego w szpitalu. Wniosek podobny wyciągnięty z analizy przypadków przez człowieka, który nie miał wiary w skuteczność metody, ani większego pod tym względem doświadczenia, jest dla nas bardzo cenny. Nie przemawia bowiem przez niego rutyna, ani zbytnie przywiązanie do używanej przez długie lata metody, przemawia zaś tylko objektywne zestawienie faktów i wyciągnięte z nich wnioski logiczne.

Te wszystkie dane, sądzę, dostatecznie wyświetliły nam samą kwestję débridement i wskazań do tego zebiegu. Muszę jednak

wspomnieć, że gładkie przestrzały części miękkich o małym otworze wyjściowym, bez żadnych objawów poszarpania i zmiażdżenia tkanek, z pod tej metody powinny być wyjęte, zawierają bowiem w sobie nieliczną i mało zjadliwą florę drobnoustrojową, oraz nie zawierają pożywki dla jej rozwoju w postaci zmiażdżonych tkanek; siły drobnoustrojobójcze organizmu dadzą tu sobie radę, tak samo, jak to ma miejsce w ranach, zadanych nożem chirurga przy operacjach aseptycznych.

Tak wygląda nowoczesna metoda leczenia ran w pierwszym okresie (okresie wylęgania) ich przebiegu. Pozostałoby jeszcze do omówienia postępowanie z raną, na którą nie nakładamy szwu pierwotnego. Omówię to jednak przy omawianiu leczenia w drugim okresie, jest ono bowiem identyczne z tem ostatniem.

Gdy mamy rannego, u którego okres wylęgania jest już ukończony, débridement stosować nie możemy. W okresie tym bowiem toczy się ciężka walka sił ochronnych organizmu z drobnoustrojami, tkanki, otaczające ranę, zmieniły swe warunki życiowe, dostosowały się do wymagań tej walki, wytworzyły wał ochronny, skierowały prąd cieczy tkankowych w określonym kierunku i t. p.; drobnoustroje występują tu w pełni sił swego rozwoju i jadowitości. Trafiając na nową powierzchnię rany, mogą odrazu rozwijać swój silny atak na ustrój. Czy w tych warunkach wskazania do jakichbądź większych zabiegów chirurgicznych istnieją, czy też ich dokonywać wolno tylko w szczupłych granicach i to tylko w celu wspomożenia sił ochronnych ustroju w jego walce? Oczywiście, że tu musimy szukać innych dróg dopomożenia organizmowi. Wszelki większy nasz zabieg zniszczyłby tylko ten system obrony, który ustrój wytworzył, wytworzyłby nową ranę, niczem nie chronioną, przez którą drobnoustroje łatwo wtargnęłyby do organizmu, powodując nieobliczalne szkody.

Czy jednak z drugiej strony mamy prawo, zgodnie z zapatrywaniami dawnej szkoły leczenia konserwatywnego, cały ciężar walki pozostawiać samemu organizmowi, chroniąc go tylko od przedostawania się nowych drobnoustrojów?

Na to pytanie odrazu odpowiedź dały pierwsze serje rannych, dostarczonych z żyznych i kulturalnie uprawnych pól walki Belgji i Francji. Powinniśmy tu zawczasu obmyśleć i wypracować system leczenia, któryby z jednej strony organizmowi zapewnił najlepsze warunki do jaknajpełniejszego zużytkowania wszystkich sił obronnych, ewentualnie nawet te siły wzmocnił i spotęgował, z drugiej zaś działał na drobnoustroje, chociażby nie w kierunku osta-

tecznego zabijania, na to bowiem, jak wykazały poprzednio przytoczone doświadczenia, mieć nadziei nie możemy, ale przynajmniej silnego osłabienia i zahamowania ich rozwój oraz zobojętnienia wytworów ich przemiany materji (toksyny).

Po pierwszych fatalnych wynikach leczenia ran wojennych, bardzo silnie zakażonych, zgodnie z zasadami ścisłej aseptyki i jaknajwiększego konserwatyzmu, myśl chirurgów powróciła do metody znanej, dawno używanej, do antyseptyki.

Rozwój znajomości biologji rany oraz pogląd biologiczny na ich leczenie, jaki się rozpowszechnił dzięki pracom Policard'a i szeregu innych uczonych, spowodował rewizję poglądów na wymagania i warunki, które postawiono rozmaitym środkom antyseptycznym do ich przyjęcia i zastosowania. Najbardziej ceniona dawniej cecha bakterjobójczości i to nawet in vitro, a właściwie w rozczynie wodnym, utraciła już swe dominujące znaczenie. Od środków tych zaczęto wymagać przedewszystkiem, ażeby one zahamowywały rozwój drobnoustrojów w płynie, zawierającem białko i komórki tkankowe, ażeby rozpuszczały ich otoczkę lipoidową i tem samem czyniły je nieodpornemi na działalność fagocytozy oraz niweczników cieczy ustrojowych. Rozwój nauki o koloidach i tu przyczynił się znacznie do poznania i zgłębienia tych spraw. Działanie każdego rozczynu zależy nie od ilości rozpuszczonej w nim soli metalicznej, ale tylko od wolnych jonów, które w tym rozczynie się znajdują. Jony mogą łączyć się z różnemi tworami białkowemi, a więc z białkami samych drobnoustrojów i produktów ich przemiany materji (toksyny) z białkami cieczy ustrojowych krwi, ropy i t. d.; dalej z białkami stałych lub też wędrujących (leukocyty) komórek ustrojowych. Do tego muszę dodać, iż jony różnych soli metalicznych mają różne powinowactwo (chemotaxis) do każdego rodzaju tych soli białkowych.

Stąd stało się jasne, że należało w pierwszym szeregu uzyskać płyn, którego jony miałyby jak najmniejsze powinowactwo do białka nawiedzonego organizmu, natomiast jak największe do białka drobnoustrojowego. Z drugiej zaś strony widoczne jest, że wobec różnej jakości oraz różnej budowy chemicznej poszczególnych drobnoustrojów powinowactwo tego samego rozczynu do różnych gatunków będzie różne. Powstała stąd konieczność wynalezienia rozczynu, któryby miał powinowactwo do jak największej ilości drobnoustrojów i to najbardziej jadowitych.

Nie na tem jednak ograniczyły się nasze wymagania w stosunku do poszczególnych środków antyseptycznych. Wspomniałem już

poprzednio, iż żądamy od nich, ażeby nietylko nie osłabiały, ale odwrotnie wzmacniały te wszystkie środki ochronne, jakie ustrój wytwarza w ranie. Tak więc muszą one wzmagać prąd cieczy ustrojowej od wewnątrz rany do jej jamy i powierzchni zewnętrznej, powinny wzmagać dopływ fagocytów ruchomych, powinny dalej dopomagać dokonywanemu przez zaczyny rozpuszczeniu nekrotycznego i nekrobiotycznego białka, względnie same je rozpuszczać, powinny przenikać do wszelkich szczelin rany, ażeby w razie potrzeby wypłukiwać stamtąd wytworzone peptony i polipeptydy i wszelkie jadowite i ujemne produkty proteolizy tkankowej, wreszcie nie powinny wcale, lub też tylko jak najmniej drażnić tkanki i, jak już zaznaczyłem, mieć jak najmniejsze powinowactwo do białka ustrojowego, ażeby przez zobojętnianie tego ostatniego nie niszczyć zawartych w niem niweczników.

Jak widzimy, wymagania te były bardzo duże i należało rozpocząć pracę wyszukania tego środka. Pracę tę rychło rozpoczęto (Delbet, Carrel, Lumier, Tissot, Hamburger, Weil i inni).

Delbet był pierwszym, który podał metodę, umożliwiającą, poza nawiedzonym organizmem, zbadanie stosunku wzajemnego i wzajemnego oddziaływania na siebie drobnoustrojów i sił ochronnych organizmu oraz środków odkażających. Mam na myśli podane przez niego, tak zwane „pyokultury". Delbet brał około 1 cm. sześciennego ropy, badał bakterjologicznie znajdujące się w niej drobnoustroje, wykonywał posiew na agarze i buljonie. Pozostałą zaś część ropy, po dodaniu środka antyseptycznego, umieszczał w zalutowanej rurce w cieplarce na przeciąg 24 godzin. Po 24 godzinach badał ponownie bakterjoskopijnie ropę z zalutowanej rurki, dla stwierdzenia zmian jakim uległy drobnoustroje w cieplarce, ulegając równocześnie fagocytom i cieczom ustrojowym, zawartym w ropie i z drugiej strony działaniu dodanego środka odkażającego. Zmiany te polegały na znikaniu jednych drobnoustrojów, silnemu podleganiu ich fagocytozie i na silnym rozroście innych kosztem poprzedniej flory bakteryjnej. Badania te doprowadziły do sprawdzenia działania poszczególnych środków odkażających na poszczególne drobnoustroje i do wykrycia powinowactwa tych środków w stosunku do każdego gatunku bakteryj w warunkach podobnych do warunków in vivo, a więc w obecności czynników sił ochronnych organizmu oraz cieczy białkowych i tworów organicznych tego ostatniego.

Badania te w zestawieniu z doświadczeniami na zwierzętach, oraz z obserwacją przebiegu ran u ludzi i wpływu na nie tych lub innych środków odkażających dały możność określić wartość lecz-

niczą tych ostatnich w warunkach działania cieczy białkowych, elementów tkankowych, oraz sił ochronnych samego ustroju. Prace te prowadzone przez samego Delbet'a oraz wymienionych poprzednio autorów, wypadły dla większości dotychczas używanych środków, wysoce niekorzystnie. Pozwolę tu sobie przytoczyć rezultaty badań Delbet'a nad działaniem na rany przypadkowe (zakażone) sublimatu i nalewki jodowej, jako dwóch najgłówniejszych przedstawicieli środków bakterjobójczych, najbardziej używanych, ostatniej zaś, (nalewki jodowej) nawet dziś bardzo często bezkrytycznie stosowanej do pędzlowania ran we wszystkich ich okresach, nawet w okresie ziarninowania.

Sublimat in vitro zabija drobnoustroje prawie momentalnie, in vivo zabija tak jak drobnoustroje i leukocyty, lecz po kilku godzinach na powierzchni rany pod strupem (albuminat rtęci) rosną drobnoustroje niesłychanie szybko, fagocytoza zaś odbywa się niezmiernie leniwie.

Nalewka jodowa, zdaniem Delbet'a, nie wytrzymuje żadnej krytyki. Nie mogąc przeniknąć do wszystkich szczelin i zakamarków rany, wytwarza ona strup powierzchowny, pod którym nieuszkodzone zarazki, znajdujące się w tych szczelinach, swobodnie rozwijać się mogą. Według wyliczenia Delbet'a, gdyby pod tym strupem została choć jedna bakterja, w ciągu doby wytworzyć ona może 16 000.000 bakterji, przykrytych od zewnątrz strupem, wytworzony zaś po pędzlowaniu albuminat zamyka mechanicznie szczeliny tkankowe, uniemożliwia przedostawanie się leukocytów do rany, przez co broni drobnoustroje przed fagocytozą, upośledzając następującą proteolizę tkankową i stwarzając pośrednio warunki do proteolizy drobnoustrojowej. Nie potrzebuję dodawać, że wskutek zatkania szczelin ulega upośledzeniu dopływ niweczników, prąd cieczy ustrojowych i t. p.

W ten sposób większość dawniej używanych środków odkażających w świetle poglądów biologicznych wykazała swą bezsilność, a nawet szkodliwość w walce organizmu z drobnoustrojami (Wright, Morgenroth, Ehrlich).

Gdy więc ścisłe leczenie aseptyczne okazało się niewystarczające, gdy arsenał dawnych środków odkażających wykazał też swą bezsilność, a nawet szkodliwość, myśl chirurgów, bakterjologów i biologów skierowała się ku wynalezieniu takich środków, któreby w warunkach biologicznych organizmu wykazały swe dodatnie działanie i dopomogły organizmowi w jego walce z zakażeniem.

W ten sposób zaproponowano szereg środków i wypróbowano ich działalność biologiczną w ranie. Dla większości z nich wykazano powinowactwo do poszczególnych gatunków drobnoustrojów i pewien dodatni wpływ na przebieg zakażenia przyrannego. Tak więc próbowano leczenia balsamem peruwjańskim, słabemi rozczynami soli srebra, słabemi rozczynami jodu, działaniem jodu in statu nascendi (Pfanenstiel), wodą utlenioną, rozczynem mydła, błękitem metylowym, hipertonicznym rozczynem soli kuchennej i t. p. Żaden jednak z wymienionych środków powinowactwa do większej ilości drobnoustrojów nie wykazał, ani też nie odpowiadał wymaganiom, postawionym na początku dla płynów odkażających.

W poszukiwaniu idealnego środka odkażającego wspomniano poprzednie doświadczenia, niejako prace przygotowawcze (Serkowski, Niewiadomska, Tomareck, Paul, Martuschit, Hawkin), które wykazały, iż rozczyny soli zasadowych w różnem stężeniu wywierają wpływ hamujący na wzrost tych lub innych gatunków drobnoustrojów. Niektóre z nich zupełnie ten wzrost zatrzymują lub też wywołują powstanie form inwolucyjnych. W tym celu podano szereg płynów (Carrel, Dakin, Gray, Smith, Bettie i inni). Podstawą ich było używanie jako głównego składnika różnych soli zasadowych, a głównie podchlorynu wapnia (chlorku). Z tych wszystkich utrzymał się i ogólne obywatelstwo uzyskał płyn Dakin'a. Wprowadził go do powszechnego użycia Carrel, który pracował w owym czasie w Campiegne. Wspaniałe wyniki, jakie on otrzymał, spowodowały skierowywanie do niego lekarzy ze wszystkich odcinków frontu armij koalicyjnych, gdzie studjowali oni dokładnie tę metodę i potem przenosili i rozpowszechniali w miejscach swej pracy. Metoda wkrótce uzyskała bardzo szerokie zastosowanie we wszystkich armjach koalicji i stała się obowiązkową. Częściowo przedostała się i do armji niemieckiej. Patrzono tu, ze względów zrozumiałych, na nią zukosa, lecz i tu znalazła ona swych zwolenników (Bier).

Wszechstronne badania wpływu płynu Dakin'a na przebieg zakażeń przyrannych oraz sięgające miljonów obserwacje na rannych (Carrel, Dakin, Lemiere, Depage, Monprofit, Moequst, Dumas, Phelip, Deplas, Tissot, Desofasser, Tufier, Rowe, Lyn Dymond, Robert Mc Queen, Le Grand, Ritter, Braun, Melcer, Conteneco, Murray, Dreunow, Theodor Bettre, Lorain, Soufh, Cambell) wykazały niezbicie wszystkie zalety tego rozczynu i wyjasniły istotę jego działania.

Jak już powiedziałem, główną składową częścią płynu Dakin'a jest podchloryn wapnia, którego ilość używana na 10 litrów wody

zależna jest od jego miana, (jak wiemy bardzo niestałego), do tego dodaje się bezwodnego węglanu sodu, który winien być wolnym od ługów, oraz bezwodnego dwuwęglanu sodu. W tej formie rozczyn ten ma reakcję słabo alkaliczną, a nawet obojętną i nie wywiera wpływu silnie drażniącego, a tem mniej żrącego na tkanki. (Wobec nieznajomości wśród naszych aptekarzy sposobów przyrządzania płynu Dakina podam w dodatku do pracy niniejszej opis ten wedle Sieramskiego).

Rozpatrzmy teraz na czem polega działanie płynu Dakina.

W stosunku do drobnoustrojów działanie to doskonale zostało zbadane przez szereg autorów (Lemiere, Tissot, Carrel, Delbet, Policard, Phelip, Deplas). Lemiere dodawał do ropy, zawierającej różne drobnoustroje (paciorkowce, gronkowce, b. perfringens i t. d.) płynu Dakin'a; ropa ta po wstrzyknięciu zwierzęciu nie dawała żadnych objawów chorobowych. Inni znowu wstrzykiwali zwierzętom płyny, otrzymane po przesączeniu przez świecę ropy czystej i ropy zmieszanej z płynem Dakin'a. Wówczas gdy zwierzęta, którym wstrzyknięto płyn pierwszy, chudły, a ciepłota ciała ich się podnosiła, druga grupa pozostawała zupełnie zdrowa. Jeśli do probówek, zawierających obydwa płyny, dodawano drobnoustroje i leukocyty, fagocytoza w drugim płynie przebiegała o wiele szybciej i energiczniej, aniżeli w płynie pierwszym. Płyn Dakin'a zabija paciorkowce i gronkowce w wodzie w rozcieńczeniu 1 : 500.000 — 1 : 1.000.000, w surowicy zaś w rozcieńczeniu 1 : 1.500 i zabijanie to odbywa się w ciągu 2 godzin. Według Carrela płyn ten działa na drobnoustroje dzięki bakterjobójczym własnościom chloru.

Płyn Dakin'a działa nietylko na same drobnoustroje, ale, co najważniejsze, zobojętnia ich toksyny (zdaniem Lumiera w drodze utleniania). Ma to ogromne znaczenie z jednej strony, iż chroni ustrój od ich działania, z drugiej zaś, i to najważniejsze, dlatego, że niszcząc toksyny, ogromnie podnosi fagocytozę; toksyny bowiem, jak wiemy, są ciałami działającemi bardzo silnie hamująco, a nawet porażająco na fagocyty. Ta zdolność płynu Dakin'a tłumaczy nam dlaczego fagocytoza w płynie, otrzymanym z przesączenia przez świecę ropy, zmieszanej z płynem Dakin'a, odbywa się daleko energiczniej, aniżeli w płynie, otrzymanym z czystej ropy. W stosunku do sił ochronnych ustroju jest on w porównaniu z cieczami ustroju płynem hipertonicznym. Wskutek ogólnych cech koloidów, dążących przy zetknięciu się dwóch płynów różnego miana drobinowego zmienić je w płyny izotoniczne, przy zastosowaniu tego ostatniego

w ranie następuje energiczny prąd cieczy ustrojowych (względnie podnosi się już istniejący) z otaczających ranę tkanek w kierunku do jej jamy i powierzchni. Prąd ten wymywa ze szczelin i zakamarków gnieżdżące się tam drobnoustroje i ich toksyny na powierzchnię, gdzie podlegają one wpływom płynu Dakin'a, fagocytozie, niwecznikom i t. p., ewentualnie są usuwane dzięki fizycznym właściwościom założonego opatrunku. W ten sposób odbywa się przemywanie rany odwewnątrz („Lymphlavage", Wright, Ritter).

Dalsze badania wykazały, iż płyn Dakin'a ma wybitne cechy płynu chemotaktycznego w stosunku do leukocytów, czem wybitnie wzmaga fagocytozę (Tissot, Lumière) Wedle zdania Bier'a, jest to skutek podrażnienia szpiku kostnego przez bardzo nieznaczne cząstki składowe płynu, trafiające do obiegu. Dalej płyn ten, jako rozczyn alkaliczny, posiada cechę wspólną wszystkim rozczynom tego rodzaju, mianowicie własność zmywania z powierzchni rany słabo przyczepionych do niej obumarłych części tkankowych przy nieznacznej coprawda, ale istniejącej, sile nawet ich rozpuszczenia. Mamy tu to samo zjawisko, jakie obserwujemy codziennie, widząc działanie mydła na powierzchnię naszej skóry. Olbrzymi materjał rannych wykazał dobitnie, że pod działaniem płynu Dakin'a rana oczyszcza się niesłychanie szybko. W ten sposób środek ten znacznie wzmaga proteolizę tkankową, usuwając równocześnie na drodze mechanicznej szkodliwe produkty tej ostatniej (peptony i polipeptydy). Działanie to jest tak potężne, że Le Grand (Presse Médical 1917 n. 39) nazwał płyn Dakin'a „un bisturie chimique" — skalplem chemicznym do usuwania obumarłych tkanek.

Reasumując to wszystko, możemy schematycznie przedstawić działanie płynu Dakin'a w następujący sposób: wzmożony prąd cieczy tkankowej wymywa drobnoustroje i ich toksyny ze szczelin i zakamarków rany. Toksyny ulegają zobojętnieniu, drobnoustroje zaś płyn Dakin'a znacznie osłabia i upośledza w żywotności. Fagocytoza, wzmożona z jednej strony na skutek działania cząsteczek płynu na szpik kostny, z drugiej zaś na drodze uchronienia leukocytów od ich wrogów toksyn, łącznie z podniesionym dopływem niweczników, powstałym na tle wzmożonego dopływu cieczy ustrojowych, działa energicznie na osłabione i upośledzone w swej żywotności drobnoustroje. Wzmożona proteoliza, wywołana znaczną ilością leukocytów, a tem samem obfitością uwolnionych z nich zaczynów, zostaje potężnie wsparta przez alkaliczne właściwości płynu Dakin'a i bardzo szybko doprowadzona do końca, na skutek czego proces samowy-

jałowienia się rany zostaje znacznie wzmocniony i przyśpieszony. Pozatem muszę dodać, iż płyn Dakin'a, jak wykazały liczne badania, ze wszystkich znanych środków bakterjobójczych ma najsłabsze działanie na komórki ustrojowe, a widzieliśmy już z doświadczeń Eikina, że uszkodzenia te nie są znaczne i że wywołane przez nie podrażnienie, kto wie, czy nie jest czynnikiem raczej korzystnym aniżeli szkodliwym dla ustroju.

Tak więc płyn Dakin'a odpowiada mniej więcej wszystkim warunkom, któreśmy postawili dla środków odkażających w płaszczyźnie biologji rany.

Musimy jednak przyznać, że pomimo swych cech dodatnich, ma on też i cechy ujemne, mówiąc ściślej, ograniczające jego działanie. Tak więc zdaniem niektórych, co prawda bardzo nielicznych autorów, płyn Dakin'a, działając doskonale na rany zakażone tlenowcami, na rany zakażone przez beztlenowce ma działać bardzo słabo, a nawet słabiej od innych środków antyseptycznych (Tomaszewicz). Zdanie to odrzuca większość badaczy i chirurgów, którzy spostrzegali bardzo dodatni wpływ leczenia zakażenia beztlenowcami, stosując system licznych nacięć, kąpieli i przemywań płynem Dakin'a. Sam osobiście już w czasie pokoju widziałem na oddziale chirurgicznym szpitala wojskowego w Wilnie żołnierza, wyleczonego od zakażenia beztlenowcami podudzia bez amputacji kończyny, tylko w drodze licznych nacięć w tkankach chorych i pogranicznych zdrowych, częstych i długich kąpieli w płynie Dakin'a, przemywania nacięć, oraz wycinania zmartwiałych tkanek w granicach martwicy. Wydaje mi się, że przyczyną tego poglądu jest wybitny kontrast, jaki widzimy pomiędzy szybkiem oczyszczaniem się rany, zakażonej tlenowcami, z tkanek martwych, (wskutek mechanicznego zmiażdżenia) pod wpływem płynu Dakin'a, a powolnem zatrzymywaniem się procesu nekrotycznego w toczących się sprawach beztlenowcowych pomimo działania tego płynu; często nawet widzimy, że sprawa postępuje coprawda o wiele wolniej, aniżeli bez stosowania płynu, albo nie daje się zatrzymać, albo co częściej zostaje zatrzymana, a zmartwiałe tkanki przechodzą w stan proteolizy. Ale trzeba pamiętać tutaj, że zupełnie czem innem jest zmiażdżona komórka lub tkanka nawet zakażona tlenowcami, a zupełnie co innego przedstawiają komórki i tkanki (mięśnie), których martwica, została wywołana przez beztlenowce. Jasne jest dla każdego, że kontrast tych przebiegów musi być bardzo duży.

Dalej, płyn Dakin'a nie działa wcale na prątki ropy błękitnej

(bacil. pyocyaneus), odwrotnie, w nim, jako w środowisku zasadowem, znajdują one najlepsze warunki dla swego rozwoju. Pamiętać jednak musimy, że prątek ten należy do najłagodniejszych zakażeń przyrannych, nigdy poważnych powikłań nie wywołuje, że walka z nim jest łatwa, wystarczy w ciągu dni dwóch, gdy niema niebezpieczeństwa ze strony innych drobnoustrojów, nie używać płynu Dakin'a, a wzamian niego położyć na ranę opatrunek, przepojony płynem kwaśnym (Liquor Bourowii), ażeby prątek ropy błękitnej z rany zniknął. Daleki jestem od tego, ażeby, jak to czynią niektórzy chirurdzy, nie walczyć z tym prątkiem, a nawet uważać go za miłego gościa rany, wskazującego, że już jego bardziej jadowici koledzy zniknęli z tej ostatniej. Owszem, uważam, że należy z nim walczyć jak najenergiczniej na oddziałach chirurgicznych: posiada on bowiem niesłychaną łatwość przenoszenia się z jednego chorego na innych, może bardzo łatwo zawędrować na sale aseptyczne, zagnieździć się w salach operacyjnych i opatrunkowych, silnie obciążyć aseptykę oddziału, a nawet sprowadzić ją do zera. Tu jednak muszę zaznaczyć, że ta ujemna strona płynu Dakin'a nie posiada tak dużego znaczenia i przy dobrych chęciach zawsze może być unieszkodliwiona.

Poza tem płyn ten posiada wybitne własności hemolityczne, nie może więc być pod żadnym pozorem używanym do wstrzykiwań wewnętrznych, stosowany zaś zewnętrznie trujący nie jest i dlatego tylko w tej formie bywa stosowany.

Najważniejsze jest jednak to, że poza powinowactwem z białkami drobnoustrojowemi, posiada on dość duże powinowactwo i do białka organizmu ludzkiego; jego wolne jony, poza drobnoustrojami i ich toksynami, dość łatwo łączą się z białkami organizmu, a przedewszystkiem z białkami tkanek nekrotycznych, znajdujących się w stanie proteolizy (niweczników on nie zobojętnia). Wskutek tego płyn ten, użyty przy przemywaniu i póżniej w postaci wilgotnego opatrunku, działa tylko przez kilka godzin. Ażeby uniknąć tej ujemnej cechy i móc działanie to mieć stale, Carrel przedłożył swą metodę stałego spłókiwania rany tym płynem.

Metoda Carrela polega na tem, iż do rany niezaszytej po operacji „débridement", lub też dostarczonej już w drugim okresie, zakłada się kilka drenów gumowych o średnicy 4 m/m i grubości ścian 1 m/m, długość każdego drenu 25—40 cm. Dolny koniec drenu zostaje podwiązany i ponad nim w ścianach drenu są porobione szeregi otworków o średnicy 2 m/m, aż do tej mniej więcej wysokości, do jakiej dren będzie założony w ranie. Ilość użytych

drenów zależy od wielkości i formy rany. W każdym razie powinny one zachodzić do wszystkich zaułków i zakamarków rany i muszą być założone w ten sposób, ażeby zapomocą prądu płynu, wyciekającego z ich otworków, cała powierzchnia rany uległa gruntownemu przemywaniu. Chorego układamy tak, ażeby dno rany było zawsze skierowane do łóżka, czyli akurat odwrotnie, aniżeli czyniliśmy dotychczas, układając chorego tak, aby otwór znajdował się w najniższem miejscu dla ułatwienia odpływu. Czynimy to dla tego, ażeby płyn jaknajdłużej pozostawał w ranie. Pomiędzy włożone dreny na powierzchni rany zakładamy gazę, przepojoną płynem Dakin'a, nie wpychając jej jednak w głąb rany; dokoła skórę pokrywamy gazą, wysmarowaną jałową wazeliną celem uniknięcia jej maceracji; całą powierzchnię pokrywamy jeszcze gazą, zmoczoną w płynie, oraz kładziemy 2 materacyki z waty higroskopijnej i waty zwykłej, pokrytej gazą; wszystko to obandażowujemy i zapinamy agrafkami. Wystające z rany końce drenów nasadza się i przymocowuje się do końców rurki Carrela, będącej zwykłą rurką szklaną, zawierającą szereg drobnych odgałęzień o wymiarze odpowiednim do nasadzania drenów wzmiankowanej grubości. Rurka ta zapomocą agrafki zostaje przymocowana w górnej części opatrunku i swym grubym końcem zapomocą węża gumowego łączy się ze szklannym irygatorem, do którego nalewa się płyn Dakin'a, wąż zaś gumowy zostaje zamknięty zapomocą zaciskacza Mohr'a. Na łóżku pod zranioną częścią ciała kładziemy ceratkę dla ochrony pościeli. Wobec tego, że, jak podaliśmy, płyn Dakin'a, użyty w formie wilgotnego opatrunku, działa w ciągu kilku godzin, otwieramy co 2 godz. zaciskacz Mohr'a i wpuszczamy 20 — 100 cm. sześciennych płynu, zależnie od wymiarów rany. W ciągu doby używamy 250 — 1.200 cm. sześciennych płynu. Pościel powinna być sucha. Płyn ulatnia się z opatrunku w ciągu przerw dwugodzinnych i opatrunek przynajmniej powierzchownie wysycha. Codzienna zmiana opatrunku jest konieczna, a polega na zmianie materacyków oraz gazy pokrywającej i gazy między drenami, ewentualnie na poprawieniu drenów. W ten sposób rana bez przerwy znajduje się pod działaniem wolnych jonów podchlorynu i stale w niej się odbywa proces powyżej podany.

Ujemną stroną metody Carrela jest stałe i zupełne zmywanie ropy: a przeto — pozbawienie ziarniny jej materji odżywczej i upośledzenie regeneracji (Braun). Wobec tego przemywanie może odbywać się tylko do chwili opanowania zakażenia i ukończenia proteolizy, ale nie dłużej.

Tak w ogólnych zarysach przedstawia się leczenie rannych w czasie wojny światowej zapomocą środków antyseptycznych. O wynikach stosowania tych metod mówiłem już przy omawianiu sprawy „débridement".

Metoda ta przeżyła wojnę światową i weszła w użycie wśród narodów łacińskich przy leczeniu ostrych spraw zakaźnych chirurgicznych, przekroczyła granice Francji i Anglji, tak, że nawet niechętni względem niej Niemcy używają jej np. w ciągu 6 — 8 dni po nekrotomji (Bier), w Ameryce zaś jest ona powszechnie używanym środkiem do wyjałowienia jamy opłucnej przy leczeniu ropnych jej zakażeń (empyema) (Willia, Kellen, Carl Eggers, Henry Brown, Georg Hewr).

Doświadczenia Delbet'a z „pyokulturami" pozwoliły nam, wprawdzie łącznie z innemi metodami, zapoznać się z działaniem środków odkażających przy stosowaniu ich od zewnątrz t. j. od powierzchni rany. Musimy jednak pamiętać, że zawsze i wszędzie w każdym przypadku może istnieć i druga droga, droga działania od wewnątrz t. j. od strony tkanek i cieczy ustrojowych nawiedzonego organizmu. Płyn Dakin'a do tego się nie nadawał, ma bowiem, jak już wspomniałem, cechy hemolityczne. Morgenroth, idąc za ideą Ehrlicha (Therapia sterilisans magna), jeszcze od roku 1911 pracował razem ze swymi uczniami i innymi chirurgami nad wynalezieniem tego rodzaju preparatów. Praca ta nie tylko nieprzerywana, ale usilnie prowadzona w czasie wojny, gdy na nie zapotrzebowanie było bardzo duże, doprowadziła do pewnych wyników. Jako podstawy do tych preparatów posłużyły niektóre pochodne chiny (optochin, eukupin, vucin), oraz grupa związków akrydynowych (rivanol). Z preparatów tych większego rozpowszechnienia nabrały vucina, a przedewszystkiem rivanol. Użycie rivanolu może być różne. Najpierw używano go do nastrzykiwań tkanek w okolicy rany (Tiefenantisepsis — Klapp). Środek odkażający miał stamtąd przechodzić do rany i tu wywierać swój wpływ na drobnoustroje; równocześnie przez podniesienie ciśnienia płynu w otoczeniu rany w porównaniu do zmniejszonego ciśnienia (nie osmotycznego) w samej ranie miał wzmacniać prąd cieczy z głębi rany do jej powierzchni (Schnitzler, Ascher, Abraham, Rosenberg, Bloss, Fischer); z drugiej strony mógł być używany i na powierzchnię rany i tu też wykazywał swe dobre cechy środka odkażającego w nowoczesnem pojęciu (Neufed, Reinbach). Jako najlepsze rozcieńczenie Rivanolu podano 1 : 500 — 1 : 1000. Środek ten, jak również używana przejściowo vucina, większego

rozpowszechnienia nie uzyskały; samo bowiem działanie ich od wewnątrz nie przedstawiało większych korzyści w sensie osłabienia i zahamowania wzrostu drobnoustrojów, aniżeli działanie innych środków odkażających, stosowanych odzewnątrz, wstrzykiwanie zaś w otoczenie rany zawsze jest niebezpieczne, wobec możliwości zakażenia tkanek zdrowych przez wprowadzenie odzewnątrz obecnych na skórze w otoczeniu rany i w jej naturalnych szczelinach drobnoustrojów. Z drugiej strony wiemy, iż w otoczeniu rany mamy zawsze odczynowy obrzęk tkanek, który może nieraz przekroczyć swe granice odczynu fizjologicznego i doprowadzić do nekrozy. Niema więc potrzeby, a nawet istnieje pewne niebezpieczeństwo wzmacniania tego odczynu, jest bowiem on dostateczny, a nawet bywa zbyt silny i przeto niebezpieczny. I rzeczywiście Mühsam i Hillejan podali, iż wedle ich obserwacji rivanol, wstrzyknięty do tkanek niezakażonych, żadnych szkód nie wyrządza, w tkankach zaś zakażonych wywołuje nekrozę. Zaobserwowano dalej, że użyty w większych dawkach może on wywołać zapalenie nerek (nephritis), co jest w sprawach zakaźnych powikłaniem wysoce niepożądanem. W ten sposób rozumiany, jako głęboka antyseptyka Klappa, rivanol ma dużo zastrzeżeń i do powszechnego użytku nie wszedł. Przy stosowaniu zaś na powierzchnię rany, ustępuje znacznie siłą swego działania biologicznie odkażającego płynowi Dakin'a, nie może więc go wyrugować.

Mówiąc o przeprowadzeniu myśli Ehrlicha—therapia sterilisans magna, nie mogę nie wspomnieć o próbach ogólnego odkażenia organizmu, ażeby w ten sposób działać, jak na ogólne zakażenie (sepsis, pyaemia i t. d.), tak i na miejscowe. Muszę jednak zaznaczyć, że na tem polu postępów dużych nie zrobiono Jak dawniej, tak i teraz przeważnie tu figurują preparaty srebra koloidalnego (Collargol, Elektrargol i t. d.). Skutki jednak tego leczenia są więcej niż wątpliwe.

Nie mogę tu nie wspomnieć słów kilka o próbach spotęgowania sił ochronnych ustroju w tych przypadkach, gdy widzimy, iż działanie ich jest niedostateczne, lub zbyt słabe, czy to w drodze wprowadzenia swoistych niweczników (serotherapia), czy to w drodze pobudzenia ustroju do ich wytworzenia (vaccinotherapia), czy też w drodze nieswoistego podrażnienia działalności zaczynowej komórek (Reizterapie), czy też w drodze wprowadzenia pozajelitowego obcego białka (proteinoterapja). Metody te, dużo obiecujące w przyszłości, nie mogą ujść bacznej uwagi chirurga. Wprawdzie ostatnio poczyniono dużo prac i wyjaśniono szereg kwestyj, dotyczących różnicy pomiędzy swoistemi i nieswoistemi środkami ochronnemi, do-

tyczących miejsca wytwarzania się niweczników, oraz mechanizmu działania proteinoterapji (Much, Andrain, Smith, Caffaroti, Goidono), to jednak sprawa ta jest jeszcze o tyle niedostatecznie zbadana, że o szerszem zastosowaniu tych metod w celach leczniczych, tembardziej w sprawach miejscowych, na razie jeszcze mowy niema. Okres epidemji traumatycznej i zakażeń przyrannych niewiele nam tu przyniósł. Wprawdzie Delbet podał swą szczepionkę wielowartościową, wprawdzie widziano i opisano po niej, jako też i po zastępującym ją u nas Propidonie „Spiess" szereg wspaniałych wyników, to jednak obserwowano, i to bardzo dużo, przypadków, gdzie leczenie to pozostawało bez skutku. Jak dawniej, tak i dziś w leczeniu tem autowakcyna zajmuje dominujące znaczenie. Pomimo stosunkowo nieznacznych wyników tego leczenia, nie wolno jednak i dzisiaj zapominać o niem w przypadkach ciężkich zakażeń miejscowych, gdy inne środki nie skutkują, a tem bardziej nie wolno w przypadkach zakażeń ogólnych poniechać tej metody, nie stosować surowic, szczepionek wielowartościowych, w odpowiednich przypadkach proteinoterapji, a nawet rzadziej używanej leukocytoterapji (opatrunek z zawartości aseptycznego ropnia, wywołanego przez wstrzykiwanie terpentyny). Powinniśmy gruntownie poznać te metody, badać i śledzić za ich rozwojem, gdyż stąd może przyjść szereg wyników, że tak powiem, „zbawiennych", które będą mogły odrazu postawić nas na całkiem innej stopie w stosunku do drobnoustrojów i zakażonego przez nie organizmu.

Jeżeli, jak widzieliśmy dotychczas, metody leczenia ran zapomocą środków chemicznych uległy w czasach ostatniego piętnastolecia dużym zmianom i modyfikacjom, jeżeli dalej niektóre środki chemiczne w świetle zastosowania w przebiegu spraw biologicznych wykazały swe dodatnie znaczenie i uzyskały ogólne obywatelstwo, nie mogły też nie ulec pewnym próbom rewizji i metody fizycznego zakładania opatrunków i traktowania rany pod wpływem wyjaśnienia przebiegu spraw biologicznych w tej ostatniej. Zmiany te jednak były o wiele mniejsze, gdyż poprzedni okres myślenia bakterjologicznego sprawy te należycie wyjaśnił.

Podano dwie napozór sprzeczne i zwalczające się metody: 1) otwartego leczenia ran, 2) zakrytego leczenia ran.

Sposób otwartego leczenia ran powstał i został opracowany przez chirurgów niemieckich w okresie wojny światowej. Głównym bodźcem, który go do życia powołał, był brak materjału opatrunkowego, który się dotkliwie odczuwał w armji niemieckiej. Wspo-

mniano wtedy prace i metody leczenia ran, podane w początku ubiegłego wieku przez Kern'a i kontynuowane przez Bartscher'a, Burow'a, zarzucone w okresie bakterjologicznym chirurgji i tylko wyjątkowo czasami używane przez Billroth'a i Volkman'a. Schede w roku 1915 zalecił powrót do tych metod, oczywiście w oświetleniu nowoczesnem. Próby w tym kierunku były robione przez cały czas wojny światowej. Ostatecznie jednak prawo obywatelstwa sposób ten uzyskał na zjeździe chirurgów niemieckich w roku 1918, nie jako metoda wywołana chwilowym brakiem materjału opatrunkowego, lecz podyktowana względami biologicznemi, metoda stosowana i zalecana przez szereg chirurgów (Schede, Braun, Ullrich, Barker, Cetti, Hobs, Körte, Seefisch, Buhl, Heinrich, Dosque, Steinthal, Hoertel, Stephan, Krug, Löecher, Werner). Metoda ta polegała na umocowaniu w okolicy rany różnych „obręczyków", drutów i t. p. na których rozpinano gazę, ażeby ona była w pewnej odległości od rany i chroniła tylko tę ostatnią od siadania much i od kurzu; wewnątrz powierzchnia pozostawała pusta, niczem nie przykryta i wystawiona na działanie słońca i ciepła, w zimie pokojowego, w lecie zaś na otwartem powietrzu. Zaznaczyć jednak należy, że przy obfitej wydzielinie do wnętrza tych obręczyków i drutów pod przykrycie gazowe wkładano gazę, której zadaniem było tę wydzielinę chłonąć i usuwać z pola rany. Rana więc pozostawała otwarta, a czynnikiem działającym odkażająco w nowoczesnem tego słowa znaczeniu miały być termiczne i chemiczne właściwości światła słonecznego i otaczającej atmosfery.

Dane jednak bakterjologji mówią nam, że działanie słońca na drobnoustroje jest nikłe (Arloing, Buchner, Koch, Rospe, Brunner, Dieudonné), termiczne zaś działanie wywołuje tylko przekrwienie czynne i działa tak, jak wogóle ciepło suche, a o ujemnych stronach ciepła suchego mówiliśmy już uprzednio; to też metoda otwartego leczenia ran miała szereg modyfikacyj i uzupełnień i nigdy metodą w ścisłem tego słowa znaczeniu nie była. Większość chirurgów nie ograniczyła się do stosowania tylko tych dwóch środków leczniczych, jak światło i suche ciepło, ale stosowała cały arsenał dawnych i nowych środków przy pokryciu tylko rany lekkim opatrunkiem, więc sączki, dreny, przemywanie płynami antyseptycznemi, metodą Carrel-Dakin'a, różne suche i wilgotne okłady, a nawet maści, zależnie od stanu rany i osobistego doświadczenia chirurga.

Argumenty podawane przez Brauna na korzyść tej metody, że ma ona ułatwiać wydzielanie zmartwiałej tkanki, łatwiej usuwać wy-

dzielinę przyranną, a tem samem nie dopuszczać do rozkładu tej ostatniej i do szerokiego rozwoju prątka ropy błękitnej, wreszcie nie powodować ucisku od opatrunku na naczynia w okolicy rany bólu, związanego ze zmianami tego ostatniego, mało przemawiają do przekonania. Wiemy bowiem, że to wszystko możemy mieć przy zwykłym prawidłowym i często zmienianym opatrunku, nie wystawiając rany na niepotrzebne wysychanie, na działanie bądź co bądź przedostającego się do niej kurzu, bez stwarzania na zranionych częściach niepotrzebnych nadbudówek, utrudniających ruchy, wygodę i nieraz sen chorego. Realnym wynikiem tej metody jest to, iż dzisiaj wiemy dobrze, że niektóre rany, szczególniej w okolicach, dobrze ukrwionych, goją się lepiej bez opatrunku, aniżeli z tym ostatnim; tak więc, pozostawiamy zupełnie otwarte zeszyte rany twarzy, niektóre oparzenia i t. p.; dalej to, że opatrunki winniśmy zakładać lekkie, mało krępujące, przenikliwe dla powietrza i ciepła i wreszcie często je zmieniać w miarę przesycenia wydzieliną i możliwości rozkładu tej ostatniej. W miarę jak ustawały stosunki wywołane przez wojnę światową w postaci braku materjału opatrunkowego, ta metoda leczenia coraz bardziej szła w zapomnienie; pozostało z niej tylko to, co w skutkach było praktyczne i mające znaczenie dla leczenia ran.

Druga metoda, metoda zakrytego leczenia, podana przez Biera, opiera się na poglądzie autora na ropę i regenerację, opisanym przezemnie poprzednio. Bier uważa, iż ropy nie należy usuwać, owszem należy ją zatrzymywać, bowiem obecność jej, jako odżywki ziarniny, gwarantuje nam prawidłową regenerację; dalej wyprowadza on z użycia wszelkie sączki i dreny, widząc w nich podwójnego wroga: z jednej strony ciało obce, z którem na walkę ziarnina zużywa dużo swej energji potencjonalnej, zamiast oddawać ją na proces regeneracyjny, z drugiej strony, jako na czynnik, znoszący wolną przestrzeń i usuwający odżywkę ziarniny ropę, tem samem usuwający dwa inne czynniki prawidłowej regeneracji. Dostęp powietrza i światła uważa Bier za czynnik szkodliwy, wysusza on bowiem ranę i niszczy jej wilgotność, z drugiej strony obniża ciepłotę w ranie, ponieważ przy oddzieleniu od atmosfery zewnętrznej ciepłota w ranie będzie równa ciepłocie ciała, a tem samem znacznie wyższa od ciepłoty atmosferycznej, widzieliśmy zaś poprzednio, że ciepłota i wilgotność zgodnie z jego teorją należą do kardynalnych wrogów rozwoju procesu regeneracyjnego. Jako metodę leczenia poleca Bier w drugim okresie szerokie rozwarcie rany, nie wprowadzanie do

niej żadnych sączków ani drenów, natomiast przykrycie całej rany ceratką i przyklejenie tej ceratki do otaczającej skóry, dość szerokiej, oraz wypukłej ku górze, ażeby nie stykała się ona z raną ani z jej wydzieliną; przy ranie zaś silnie zakażonej—pokrycie serwetką gazową, nasmarowaną jakąkolwiek maścią obojętną z włożeniem gazy w najniższem miejscu, ażeby tędy wydzielina wychodząca poza brzegi rany miała swobodny odpływ. Opatrunek taki Bier nie zmienia przez kilka tygodni, usuwając i zmieniając tylko przemokniętą gazę odpływową. Metoda Biera, jak już z pierwszego rzutu oka widzimy, powinna mieć większe zastosowanie w trzecim okresie, jednak autor poleca ją stosować już zaraz w okresie drugim, granica bowiem pomiędzy drugim a trzecim jest nieścisła i wówczas, gdy w wielu miejscach odbywa się energiczna proteoliza, w innych, gdzie oczyszczenie rany już nastąpiło, rozwija się ziarnina. Ten sam sposób radzi on zastosować i przy „débridement", gdy nie zakładamy szwu pierwotnego. Z zakażeniami słabszemi, zdaniem Biera, ustrój da sam sobie radę, dzięki drobnoustrojobójczym siłom ziarniny, wzmocnionym tu jeszcze przez zapewnienie jej zupełnego spokoju i nie zużywanie jej sił na walkę z takiemi ciałami obcemi, jak sączki i dreny; w zakażeniach zaś silniejszych zawsze istnieje możność wypuszczenia i usunięcia zakażonej ropy. Dzięki tej metodzie, twierdzi Bier, można dojść do prawdziwej regeneracji, a nie do blizn w następujących tkankach: 1) powięzie, 2) mięśnie, 3) ścięgna, 4) nerwy, 5) tkanka kostna. Metoda Biera znalazła swych licznych zwolenników i obrońców tem łatwiej, że w niej były elementy powrotu do dawnej metody postępowania konserwatywnego z tak gorąco zalecaną przed wojną i w początku wojny przez chirurgów niemieckich, jaknajrzadszą zmianą opatrunków, dochodzącą do kilku tygodni (Michels, Bruns, Haertel, Sauerbruch, Ritter, Kroske, Blumental, Driesch, Gudernatsch, Boux Jores). O ile możemy się zgodzić, że w ranach o bardzo słabem zakażeniu, względnie o zakażeniu osłabionem silnie przez przewlekły proces, a tem samem długotrwałą walką z ustrojem już silnie uodpornionym (osteomyelitis), dalej w ranach znajdujących się w trzecim okresie rozwoju, metoda ta ma swe racjonalne podłoże, o tyle w zakażeniach silnych, w ranach miażdżonych i szarpanych o dużej ilości tkanki nekrotycznej metoda ta nie może mieć żadnego zastosowania. Przecież wtedy uwaga nasza nie może byćześrodkowana na procesie regeneracji, mało nas obchodzą siły i energja potencjalno-regeneracyjna tkanki łącznej, tkanka ta ma dla nas wtedy znaczenie, jako źródło sił ochronnych organizmu, jako regulator

procesów koloidalnych, odbywających się w ranie. Nie o regenerację bowiem tych lub innych tkanek tu chodzi, ale o rezultat walki organizmu z atakującemi go drobnoustrojami, o życie lub o śmierć samego organizmu. Musimy wtedy myśleć o energicznem wydaleniu drobnoustrojów i toksyn, znajdujących się w ropie, o usunięciu dobrej dla nich pożywki, jaką stanowią produkty rozpadu białka nekrotycznego lub nekrobiotycznych tkanek, o usunięciu wysoce jadowitych produktów proteolizy bakteryjnej, oraz jadowitych peptonów i polipeptydów, które w przebiegu proteolizy tkankowej wytworzyć się mogą. Jeśli do tego dodamy doświadczenia Preobrażeńskiego i Nöetzla, wykazujące wpływ, jaki opatrunek hermetyczny wywrzeć musi na prąd cieczy tkankowych, stanie się jasne dla nas, że o zakrytem leczeniu podobnych ran metodą Biera mówić trudno, tembardziej mając do rozporządzenia inne doskonalsze, niż zwykłe wypuszczenie ropy, metody do walki z zakażeniem.

Jeśli odrzucam metodę tę, jako metodę leczenia w drugim okresie ran, nawet już cokolwiek silniej zakażonych, nie znaczy to, ażebym nie uznawał zasług i znaczenia samej pracy Biera i wpływu jej na dalsze leczenie ran. Wprowadziła ona bowiem do chirurgji metodę nową, metodę, która stała się zaprzeczeniem dotychczasowego całego naszego postępowania z raną. Przecież sączek i dren były to uświęcone tradycją wieków najpotężniejsze środki wyprowadzania z rany źródeł jej infekcji, a dziś sączek odchodzi do przeszłości, dren zaś zostaje tylko w bardzo ograniczonem użyciu i to nie jako środek odprowadzenia wydzieliny przyrannej, lecz tylko jako sposób przepłukania rany płynem odkażającym zgodnie z zasadami nowoczesnej antyseptyki. Do sprawy tej powrócę raz jeszcze, zaznaczyć tu jednak muszę, że szereg chirurgów odrazu przyjął metodę bezsączkowego i bezdrenowego leczenia ran, wynikającą z nauki Bier'a (Klapp, Garre, Borchardt, Chiari, Hedzi, Kuttner, Payr, Kameres, Schubert, Kirschner, Tiegel, Sesse, Oppel, Wolf). Obecnie leczenie to staje się coraz bardziej rozpowszechnione, zaś długotrwałe sączkowanie coraz węższemi sączkami nieraz już tylko ziarninujących przetok przechodzi do przeszłości. Wprawdzie leczenie to natrafia na trudność zniesienia elastyczności tkanek i zapobieżenia zbliżaniu się brzegów po „débridement“ świeżej rany, lub po rozszerzeniu ropiejącej, względnie po nacięciu ropnia, ropowicy i t. p. W tym celu Tiegel podał zakładanie metalowych rozwórek, które wkrótce porzucono, bowiem silnie drażniły tkanki. Chiari i Hedzi przyszywają brzegi rany do skóry, Kameres zaś po przeszyciu

i wzięciu na podwiązki brzegów rany zawiązuje podwiązki na odwrotnej stronie kończyny. Schubert tworzy tak zwane sączki okienkowe (Fensterdrainage) w postaci wycinania okrągłych otworów w skórze i powięzi umożliwiających odpływ. Zdaniem autora otwory te bardzo łatwo i bardzo szybko ulegają zagojeniu po oczyszczeniu się rany.

Na tem kończę opis leczenia drugiego okresu rany. Okres ten, jak powiedziałem, jest najważniejszy, od jego przebiegu zależy życie lub śmierć, zdrowie lub kalectwo nawiedzonego ustroju. Chirurg powinien tu bacznie śledzić wszystkie procesy, przebiegające w ranie, i do ich przebiegu stosować swe postępowanie.

Gdy rana przechodzi w okres trzeci, mamy do czynienia już z raną wyjałowioną i pokrytą ziarniną. Wprawdzie na powierzchni jej odbywa się jeszcze proces ropienia, jednak tylko przy współudziale nielicznych drobnoustrojów, odżywiających się tylko białkami wychodzących na powierzchnię i rozpadających się leukocytów. Leukocytoza staje się już tu czynnikiem szkodliwym, który zwalczać należy. Niestety, pod tym względem—można powiedzieć—jesteśmy prawie bezsilni, nie posiadamy bowiem środków pewnych i nieprzeszkadzających normalnemu przebiegowi rany, a równocześnie wstrzymujących lub zmniejszających leukocytozę. Wprawdzie poleca się kilka środków, posiadających w stosunku do leukocytów ujemne działanie chemotaktyczne, jak np. gliceryna, chinina, alkohol, eter i t. p. To samo działanie ma wywierać i naświetlanie ziarniny słońcem. Niestety jednak, ani farmakologiczne działanie wymienionych środków, ani mechanizm działania słońca nie zostały poznane i dostatecznie wyświetlone.

W szczególności co do ostatniego nie jest wyjaśnione, czy mamy tu do czynienia z działaniem promieni chemicznych, czy też oddziaływa tu cieplna część widma słonecznego. Co do mnie osobiście myślę, że może być tu mowa tylko o działaniu tej ostatniej, bowiem spotykamy często długo ziarninujące, przy zdrowej ziarninie rany, nie mające żadnej tendencji do wygojenia się, które goją się bardzo szybko pod wpływem kilku naświetlań lampą „Solux", wówczas gdy naświetlanie lampą kwarcową, żadnego wpływu pod tym względem nie wywiera. Jak widzimy, pomimo, że w najważniejszym momencie tej sprawy środki nasze są bardzo ograniczone, zmuszeni jesteśmy zadowolić się innemi skromniejszemi metodami, nieraz nawet nie działającemi już wprost na samo źródło cierpienia. Tu postępowanie nasze może być trojakie: 1) leczenie rany zapomocą zwykłych suchych rzadko zmienianych opatrunków z ewentualnem

naświetlaniem ziarniny promieniami słońca lub lampą „Solux", w przypadkach, nie mających tendencji do wygojenia się. 2) wycięcie całej ziarniny wraz z podłożem i zaszycie rany na głucho (inni polecają zeskrobanie tylko na brzegach tkanki zdrowej), 3) metoda zakrytego leczenia ran wedle Biera. Wybór tej lub innej metody, uzależniony jest od warunków i celu, do którego w tem leczeniu zdążamy.

Metoda pierwsza, szeroko dotychczas stosowana, ma swą zaletę, iż jest metodą prostą, nie zmusza do ponownych zabiegów, do noszenia na sobie stałego zbiornika ropy, mogącej ulec rozkładowi, i stosunkowo szybko prowadzi do celu. Metoda druga, zalecana przez Francuzów, prowadzi szybko do wygojenia, daje małe bez zniekształcenia blizny i umożliwia zwolnienie tkanek od wszelkich poprzednio wytworzonych, a niepożądanych zrostów. Niestety, przy ranach zbyt obszernych zastosowania ona mieć nie może lub też musimy uciekać się do zabiegów plastycznych, ewentualnie transplantacji. Metoda trzecia jest bezwzględnie wskazana wtedy, gdy chodzi nam o całkowitą, lub możliwie pełną regenerację jakiejś ważnej dla ustroju tkanki. W każdym razie o jakichbądź wyraźnych wytycznych i wskazaniach mowy tu być nie może. Jak największa indywidualizacja i inicjatywa chirurga jest najbardziej wskazana.

To, co powiedziałem tu wogóle o leczeniu ran, da się „mutatis mutandis" przenieść i na ostre sprawy zakaźne chirurgiczne, przebiegające w organizmie; tylko że tu czynnikiem, wywołującym nekrozę i nekrobiozę tkanek, jest nie mechaniczny uraz, ale same drobnoustroje i ich jady. Poza tem wszystkie sprawy i procesy przebiegają tak samo, jak i w ranie zakażonej, tylko w głębi ciała ludzkiego bez dostępu powietrza i wpływu otaczającej atmosfery. Przy leczeniu tych spraw pozostaje w mocy to wszystko, co powyżej powiedziałem. Nowa jest tylko sprawa wyboru momentu, w którym należy przeciąć ropień, ropowicę lub inną sprawę zakaźną chirurgiczną, ma to bowiem niepoślednie znaczenie dla dalszego leczenia. Niestety, jednak, sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta, ani cokolwiek nawet jednolicie traktowana. Wówczas, gdy jedni zalecają natychmiastowe przecięcie, inni natomiast wyczekują silnego rozwoju procesu proteolitycznego, wystąpienia bardzo wyraźnego chełbotania, wskazującego na obecność dużej ilości ropy we wzmiankowanem ognisku.

Przedstawiłem może aż nazbyt obszernie sprawę leczenia ran przypadkowych i ostrych spraw zakaźnych chirurgicznych, jak ona wygląda w świetle nowoczesnych badań. Teraz chcę się podzielić

własnemi spostrzeżeniami, które zdążyłem poczynić, mogę już dziś powiedzieć, w ciągu dość długich lat (13) znajomości z temi sprawami i stosowania ich w mej pracy chirurgicznej. Zgóry się jednak zastrzedz muszę, że nie będę mógł operować dużemi cyframi i ogromną statystyką, cały bowiem zebrany przeze mnie materjał w czasie wojny światowej, sięgający około 2500 historyj chorób, 800 klisz röntgenowskich, niektórych preparatów i wycinków, zaginął mi w czasie ucieczki przed bolszewikami i pozostały mi z niego tylko wyciągnięte wnioski i doświadczenia. W czasie wojny naszej z bolszewikami warunki pracy i przydziału uniemożliwiły zebranie jakiejkolwiek statystyki. W okresie już pokojowym prowadziłem pracę nad leczeniem ostrych zakaźnych spraw chirurgicznych; pracę tę podzieliłem na 2 okresy, poświęcając na nią 3 lata: dwa lata na badanie drugiego okresu i 1 rok na okres ziarninowania. Niestety i tutaj udało mi się przeprowadzić tylko część pierwszą, wykonania zaś części drugiej, z powodu warunków niezależnych ode mnie, zmuszony zostałem zaniechać. Ta metoda leczenia, którą uprawiam i w warunkach pracy ambulatoryjnej, pozaszpitalnej do dzisiejszego dnia daje mi te same wyniki. Nie nadają sie jednak przypadki ambulatoryjne dzięki niemożliwości stałej obserwacji jako podłoże do układania statystyk naukowych.

Dzięki zetknięciu się ze szpitalem angielskim w roku 1916 w Petersburgu i później w roku 1917 z czołówką angielską w Seletynie (Bukowina), uzyskałem dostęp do literatury chirurgicznej państw Koalicji oraz częściowo mogłem oglądać stosowane przez nich metody, powiadam częściowo, bowiem w oddziale, przysłanym do Rosji, metody te były stosowane tylko w pojedyńczych przypadkach. Tę metodę leczenia zastosowałem do wszystkich rannych u siebie zaraz na oddziale w szpitalu oraz na oddziałach innych lekarzy (nie chirurgów), którzy mi chirurgiczną pieczę nad swymi rannymi powierzyli. Metody „débridement" nie stosowałem nigdy. Nigdy bowiem wskutek specyficznych warunków frontu rosyjskiego, jako też i dyslokacji tych instytucyj, w których pracowałem, nie otrzymywałem chorego w 24—36 godzin, względnie jeśli i dostawałem, nie mogłem liczyć na to, że zostanie on w mojej obserwacji przez jakie 10 — 15 dni, a w razie ewakuacji w żadnym wypadku nie można było nawet marzyć, ażeby trafił on w ręce kogoś, kto z temi metodami leczenia był obeznany. Jeśli chodzi o stosowanie środków odkażających, to i tu znowu, wobec zupełnego braku rurek Carrela i trudności ich improwizowania z drenów różnokalibrowych, system stałego prze-

mywania metodą Carrela ograniczyłem tylko do przypadków ciężkich zakażeń, przypadki zaś mniej zakażone, obficie tylko przemywałem płynem Dakina i nakładałem na nie opatrunek z gazy przepojonej tym płynem, zadawalniając się tylko kilkugodzinnem działaniem podchlorynu. Opatrunki te zmieniałem jeden lub 2 razy dziennie, zależnie od stanu chorego. Zawsze jednak usilnie dbałem o jaknajszersze otworzenie rany i zniesienie w niej wszelkich zaułków i zakamarków, gdzieby mogły powstawać zacieki. Odrazu od samego początku uderzyło mnie, podobnie jak innych kolegów, niezmiernie szybkie oczyszczanie się rany, brak wszelkich następnych ropowic, zacieków i przetok, długotrwałych i silnych gorączek, szerzenia się spraw w tkance międzymięśniowej, oraz tej plagi ran wojennych kilku, a nawet kilkanastokrotnych operacyj następowych, celem usunięcia i opróżnienia ponownie sformowanych ognisk i zacieków ropnych. Gdybym mógł zestawić statystykę owych 2500 rannych z tą samą liczbą rannych, leczonych dawnemi metodami, byłaby ona wymowną ilustracją, przemawiającą na korzyść podchlorynu. Muszę zaznaczyć, że byli to przeważnie ranni, którzy dopiero na 3—4 dzień dostawali się do szpitala. Sączki wtedy jeszcze stosowałem wedle dawnych poglądów, gdzie zaś zachodziła potrzeba drenów, tam wzamian za to zakładałem system dreników metodą Carrel'a i stosowałem stałe spłukiwanie. W tymże jednak roku 1916 zdarzył się przypadek, który zachwiał mą wiarę w doniosłość sączkowania. Na mój oddział został przyjęty ranny oficer rezerwy armji rosyjskiej, z zawodu artysta opery Petersburskiej. Miał on ranę szarpaną, ziejącą, od kuli szrapnelowej o bardzo dziwnym przebiegu. Wlot w okolicy lędźwi na 3 cm. wprawo od kręgosłupa, wylot na przedniej powierzchni brzucha na 11 cm. wprawo od pępka. Kula szrapnelowa utorowała sobie drogę przez tkankę tłuszczową oraz mięśnie lędźwi i przedniej ściany brzusznej, nie uszkadzając otrzewnej i narządów jamy brzusznej. Ranny przybył w 56 godzin po zranieniu. Rana w miejscu wlotu i wylotu pokryta strzępami rozerwanych tkanek oraz szarawym nalotem, skóra pomiędzy wlotem i wylotem nieuszkodzona. Ranny zgóry oświadczył, że na żadne zabiegi operacyjne, ani też na wstawianie drenów i sączków się nie zgadza. Nie mając innego wyjścia, zastosowałem opatrunek 2 razy dziennie, połączony z obfitemi przemywaniami płynem Dakina. Rannego układałem na plecy i z irrygatora wlewałem płyn do otworu wyjściowego tak, ażeby on wypływał przez otwór wejściowy (wobec rany szerokiej szrapnelowej to się udawało). Ponieważ wlewałem do otworu

wyjściowego, przeto kanał miał formę lejka, płyn wyciekał powoli długo i gruntownie przemywał ścianki. Na każde przemywanie używałem około 500 gr. płynu. Kończąc przemywanie puszczałem strugę pod ciśnieniem dla mechanicznego wymycia pozostałych wolnych obumarłych części. Ku memu zdziwieniu, rana po 4—5 dniach zupełnie się oczyściła, a na 12 dzień po przybyciu ranny został wypisany na ambulatoryjne leczenie do Petersburga, mając tylko nieduże ziarninujące powierzchnie na miejscu wlotu i wylotu oraz pewne wklęśnięcie skóry w miejscu, gdzie przebiegał kanał. Po trzech tygodniach widziałem tego oficera zupełnie zagojonego, powracającego na front. Przypadek ten zachęcił mnie do wypróbowania tej metody na innych rannych. Wyniki były podobne. Ograniczyłem więc wobec tego znacznie sączkowanie, pozostawiając, jak powiedziałem poprzednio, drenowanie tylko w formie metody Carrela i zaniechałem wszelkich przeciwotworów (contrapertura). Prace Bier'a o regeneracji, ogłoszone w roku 1918, doszły do mych rąk dopiero po zakończeniu wojny światowej i natychmiast zaprowadziły mnie do obozu zwolenników bezsączkowego i bezdrenowego leczenia.

Nie mogąc przytoczyć zestawień statystycznych z tego okresu, pozwolę sobie tylko przedstawić metodę leczenia, którą wypracowałem na zasadzie tych doświadczeń i którą później stosowałem w leczeniu podanych niżej przypadków ostrych chorób zakaźnych chirurgicznych.

Zgóry muszę się zastrzec, że metodę tę rozumiem tylko jako schemat, zawsze bowiem i w każdym przypadku kieruję się ogólnym stanem chorego i stanem rany oraz staram się zdać sobie sprawę z okresu, charakteru i przebiegu spraw biologicznych, odbywających się w ranie, obliczyć siły i szanse walczących przeciwników (drobnoustroje i siły ochronne) zdać sprawę ze słabych punktów tak jednej jak drugiej strony i do tego swe postępowanie zastosować.

W okresie pierwszym rany, jak już powiedziałem „débridement" nie stosowałem, gdyż nie miałem warunków po temu. Teoretycznie jednak wywody i statystyki, poprzednio przezemnie przytoczone, trafiały mi bardzo do przekonania i nie mogę podzielić sceptycyzmu niektórych i braku wiary w skuteczność zabiegu; zastrzegłbym się tylko przed zbyt pośpiesznem stosowaniem szwu pierwotnego, nie widzę bowiem w nim wielkich zalet nad szwem wtórnym. Te właśnie kilka dni, sądzę, nie odgrywają w życiu i bycie chorego, a na wojnie w bitności armji tak dużej roli, bezpieczeństwo zaś przebiegu sprawy zakaźnej, zdaniem mojem, przez to o wiele wzrośnie. Jeżeli chodzi o „débridement" ostrych spraw zakaźnych chirurgicz-

nych, to tu oczywiście może być mowa tylko o wycięciu całego ogniska chorobowego w granicach tkanek zdrowych. Zabieg ten stosowałem 18 razy zawsze z doskonałym wynikiem. Muszę jednak zaznaczyć, że wskazania tu są bardzo ograniczone: 1) musi to ognisko nie być zbyt duże, 2) musi być powierzchowne, ażeby nic poza skórą i tkanką podskórną wycinać nie wypadło, 3) w granicach ogniska ani wycinanych tkanek zdrowych nie mogą przebiegać żadne ważne dla ustroju narządy i tkanki, których usunięcie mogłoby przyprawić chorego o jakąbądź szkodę.

Jeśli chodzi o leczenie w okresie drugim, zaznaczyłem, już poprzednio, iż stosowanie systemu Carrela ograniczyłem tylko do przypadków niewątpliwie ciężkich o dużej sile zakażenia i dużej ilości zmiażdżonych nekrotycznych tkanek. Postępowanie to, podyktowane narazie trudnościami i brakiem odpowiednich urządzeń, w miarę zapoznawania się teoretycznego ze sprawą przebiegu spraw biologicznych w ranie popartego obfitem doświadczeniem klinicznem, uważałem i uważam za słuszne i z punktu widzenia naukowego najzupełniej uzasadnione.

Jak już mówiłem poprzednio, ropa nie jest ową „materia peccans" sprawy zakaźnej. Jak wiemy, zawiera ona, tak czynniki szkodliwe, jak i korzystne dla organizmu. Tam gdzie mamy do czynienia z ogromną ilością silnie jadowitych drobnoustrojów i toksyn, tam oczywiście trzeba bez przerwy działać na nie, hamując ich rozwój i zobojętniając toksyny. Tam gdzie mamy ogromne ilości nekrotycznej lub nekrobiotycznej tkanki, a tem samem i ogromne ilości proteolizy tkankowej, jasne jest, że proteoliza ta, odbywająca się przy dostępie powietrza w warunkach niedość wysokiej ciepłoty musi dać dość dużą ilość produktów przejściowych (Szerszyński), jak wiemy wysoce trujących i szkodliwych dla organizmu (peptony, polipeptydy itp.). Jeśli do tego dodamy proteolizę bakteryjną, która przy bardzo dużej ilości i jadowitości drobnoustrojów będzie niewątpliwie miała miejsce, stanie się jasne dla nas, że ropa w tym przypadku, zawierając w sobie w ogromnej ilości dopiero przytoczone składniki, będzie miała więcej cech złośliwych i szkodliwych dla organizmu, aniżeli korzystnych i dobrotliwych. Tam oczywiście musimy dążyć do jaknajszybszego i jaknajenergiczniejszego jej wydalania. Tam też, gdzie wskutek ciężkiego zakażenia oraz dużych ilości tkanek, podlegających proteolizie, możemy mieć obawę, iż naturalny dopływ leukocytów do rany będzie niedostateczny, że tylko jedno lub dwukrotne jego pobudzenie w ciągu

doby i to tylko na kilka godzin nie wystarczy, tam oczywiście winniśmy w całej pełni wyzyskać chemotaktyczne właściwości płynu Dakin'a, ażeby utrzymać leukocytozę wewnątrz rany na odpowiedniej wysokości. Tam gdzie liczne i jadowite drobnoustroje potrafiły przedostać się do wszystkich szczelin i zakamarków rany, gdzie, jak możemy przypuszczać, naturalny, lub też jedno lub dwukrotnie w ciągu doby przez nas wzmożony na kilka godzin prąd cieczy tkankowych z głębi ku powierzchni rany nie będzie w stanie wszystkich ich wypłukać, a tem samem może im być umożliwione dłuższe przebywanie w szczelinach i chronienie się tam od sił drobnoustrojobójczych ustroju i wywieranie stamtąd swego wpływu, tam przez cały czas przebiegu drugiego okresu winniśmy wyzyskać własności hypertoniczne płynu Dakin'a, ażeby przemywanie rany od wewnątrz ku zewnątrz (lymphlavage Wrigth'a) pobudzić i zapewnić mu potrzebną dla zwalczenia zakażenia sprawność. Wreszcie, tam gdzie ogromne ilości tkanki nekrotycznej lub nekrobiotycznej będą wymagały bardzo długiej proteolizy, gdzie dwukrotne w ciągu doby wzmożenie tej ostatniej na kilka godzin, połączone z wycinaniem mechanicznem obumarłych tkanek w granicach nekrotycznych, musi wydać się nam niedostatecznem dla zapewnienia dostatecznej siły i sprawności temu procesowi, oraz do szybkiego jego ukończenia, tam oczywiście winniśmy skorzystać z omówionej poprzednio przeze mnie silnej i wybitnej zdolności przyśpieszania proteolizy przez płyn Dakin'a, tak trafnie określonej przez Le Grand'a i zapewnić ranie stałą i nieprzerwaną pomoc w tej czynności.

Tam zaś, gdzie mamy do czynienia z zakażeniem średniem, względnie mniej ciężkiem, gdzie ilość tkanek nekrotycznych nie jest zbyt znaczna, sprawa będzie się przedstawiała całkiem inaczej. Tam, gdzie nawiedzony organizm albo sam nawet własnemi siłami w ciągu dłuższego lub krótszego czasu może dać radę z zakażeniem, albo też przy stosunkowo niedużej pomocy z naszej strony, tam sprawa stałego hamującego działania na drobnoustroje i stałego zobojętniania ich toksyn odpada; wystarczy, jeśli raz lub dwa razy na dobę będziemy mieli to działanie w ciągu kilku godzin, ażeby ustrój w pierwszym przypadku mógł przyśpieszyć proces drobnoustrojobójczy sił biologicznych organizmu, w drugim zaś ten proces wzmocnić i siłom ochronnym zapewnić zwycięstwo. Tam, gdzie ilość tkanek nekrotycznych lub nekrobiotycznych nie jest zbyt duża, proces proteolizy nie będzie obejmował zbyt dużego terenu, nie będzie dochodził do zbyt silnego napięcia, a co najważniejsza nie będzie wy-

twarzał zbyt dużej ilości produktów tej ostatniej. Widzieliśmy dalej (Szerszyński), że trujące produkty przejściowe tej proteolizy stanowią tylko pewną i to nieznaczną część w stosunku do produktów końcowych. Ilość więc tych wytworów przejściowych nie będzie już tak znaczna. Jeśli do tego dodamy, że i proteoliza drobnoustrojowa, wskutek mniejszej ilości i jadowitości drobnoustrojów, oraz braku dość obfitej dla nich pożywki, nie będzie wcale istniała lub sprowadzi się do nieznacznego ułamka (wyprzedzi ją przy stosunkowo dość skąpym materjale proteoliza tkankowa i zahamują antyfermenty cieczy ustrojowych), stanie się jasne dla nas, że ropa wtenczas będzie miała inne cechy, aniżeli w opisanych poprzednio przypadkach. Ropa taka nie będzie zawierała w przeważającej ilości składników o charakterze złośliwym, odwrotnie składniki te będą znajdowały się w ilości mniejszej, ustępując miejsce składnikom korzystnym, stanowiącym dobrą pożywkę i podłoże dla tkanki ziarninowej. A wiemy, że ta ostatnia rozwija się nietylko od początku trzeciego okresu, ale i w okresie drugim, w każdem miejscu rany w miarę jego oczyszczenia, które, jak wiemy, nigdy nie następuje równocześnie we wszystkich miejscach. Wprawdzie wytworzone składniki szkodliwe muszą być usunięte, na to jednak wystarczy jednokrotne lub dwukrotne na dobę, zależnie od stanu chorego, spłukiwanie rany. Stałe usuwanie ropy nie tylko nie jest tu potrzebne, ale nawet nie jest wskazane, pozbawia bowiem młode komórki tkanki ziarninowej przez cały czas potrzebnej dla nich pożywki, wywołuje podrażnienie tej tkanki, zmniejszając jej siłę drobnoustrojobójczą oraz hamując i niszcząc w ten sposób proces regeneracji, o który jednak zawsze nam chodzić powinno, i powoduje w następstwie powstanie ziarniny o cechach ziarniny obrzękowej, bladej, nasiąkniętej, miękkiej, łatwo tworzącej wysepki nekrotyczne i t. d. Ponieważ niektóre tkanki (ścięgna i t. p.) bardzo trudno ulegają proteolizie, zmuszeni nieraz jesteśmy długo stosować te metody leczenia na ranę, a tem samem przy zastosowaniu metody Carrela moglibyśmy wyrządzić dużą szkodę ziarninie, która w innych częściach rany już się obficie rozwinęła.

Tam, gdzie zakażenie nie jest zbyt ciężkie, a ilość tkanek podlegających proteolizie nie jest zbyt duża, nie mamy podstawy do obaw, że naturalny dopływ leukocytów, tembardziej wzmożony na kilka godzin jeden lub dwa razy na dobę, nie wystarczy dla zapewnienia dostatecznej fagocytozy, oraz dostatecznej ilości zaczynów dla utrzymania proteolizy na potrzebnym poziomie, nie mamy więc

podstaw do stałego jej wzmacniania i do stałego wyzyskiwania chemotaktycznych właściwości płynu Dakin'a.

To samo da się powiedzieć i o zdolnościach tego płynu podtrzymywania prądu cieczy ustrojowych z głębi na powierzchnię rany oraz o zdolności rozpuszczania i usuwania obumarłych tkanek.

Widzieliśmy, że stosowanie przemywania rany płynem Dakin'a, metodą Carrela ma swą rację i uzasadnienie w przypadkach zakażeń ciężkich i bardzo ciężkich z dużą ilością tkanek nekrotycznych, w przypadkach zaś lżejszych i mniej ciężkich, z mniejszą ilością tkanki nekrotycznej, wystarczy jedno lub dwukrotne na dobę obfite przemywanie tym płynem rany pod różnem ciśnieniem ze zwykłego irygatora, tembardziej, że otrzymujemy w ten sposób ziarninę o większej sile drobnoustrojobójczej (Blumental) i regeneracyjnej (Bier). Działanie to możemy jeszcze wzmocnić jedną a nawet dwukrotną na dobę ciepłą wanną z wymienionego płynu, a wtedy będzie ono dostateczne i dla przypadków ciężkich. Nie powinniśmy zapominać i o tem, że podane przezemnie postępowanie nie przykuwa chorego do jednej określonej pozycji w łóżku, co jest następstwem mechanizmu urządzeń Carrela, a co niewątpliwie może być dla chorego bardzo ciężkie.

Prócz podchlorynu, stosowałem i preparaty Morgenroth'a, a przedewszystkiem rivanol. Widząc jednak, że pod względem działania biologicznego ustępuje on preparatom soli zasadowych, wkrótce go porzuciłem. Do celów zaś głębokiej aseptyki nie stosowałem go wcale ze względów wyżej przytoczonych.

Pogląd swój na metodę leczenia otwartego i zakrytego wypowiedziałem już poprzednio, jasne jest z tego, że do tych metod w czystej ich formie uciekać się nie mogłem.

Oświadczyłem się przedtem, jako zwolennik bezsączkowego i bezdrenowego leczenia ran. Obecnie postaram się ten swój pogląd jeszcze bardziej uzasadnić. Metoda leczenia ran zapomocą sączków i drenów datuje się, jak wiemy, od epoki jeszcze przedlisterowskiej, do największego rozwoju doszła ona w okresie myślenia bakterjologicznego w chirurgji. Jak wiadomo, podstawą jej był pogląd na ropę jako na „materia peccans", którą, i to jaknajdoszczętniej, aż do samego dna rany należało z tej ostatniej usuwać. Czy to ma swe uzasadnienie, widzieliśmy już poprzednio. Czem jest ropa, kiedy i w jakich warunkach jest ona jadowita dla organizmu, a tem samem wymaga usunięcia, omówiłem zdaje się już dostatecznie w ciągu niniejszej pracy. Powstaje jednak pytanie: czy sączki i dreny są tym

najidealniejszym środkiem do usuwania stałego ropy, czy nie mamy środków działających pewniej i radykalniej? Czy obecność sączków i drenów jest obojętna dla rany i dla rozwoju oraz przebiegu w niej spraw biologicznych? Czy też odwrotnie mogą one wywołać bardziej lub mniej silne podrażnienia, szkodliwe dla tkanki i dla prawidłowego przebiegu procesu biologicznego? Czy nie mamy środków, któreby tę ropę mogły usunąć nie mniej radykalnie, a jednak o wiele delikatniej z daleko mniejszem podrażnieniem? Postarajmy się odpowiedzieć na te zapytania.

Skuteczność sączka gazowego, jako środka usuwającego ropę, oparta jest na dużej powierzchni naczyń włoskowatych, zawartych w jego masie. Jest on niejako jamą, naczyniem, do którego siłą włoskowatości nasiąka płyn z otoczenia, aż do zupełnego wypełnienia całej jamy tym ostatnim. Działanie sączka oparte jest na doświadczeniu Preobrażeńskiego z cylindrem, wypełnionym watą, zanurzonym jednym końcem do wody; woda jak wiemy, podnosiła się bardzo wysoko. Czy jednak pomiędzy jednym i drugim niema różnicy, a może nawet i dużej? Z jednej strony pomiędzy wodą i jej zdolnością posuwania się wzdłuż naczyń włoskowatych, a ropą właśnie zachodzi różnica duża. Ropa bowiem jest płynem o cechach fizycznych całkiem innych, niż woda. Zawierając dużą ilość białka i tworów tkankowych, jest ona zawsze płynem o daleko większej gęstości i lepkości niż woda, może nawet dochodzić do konsystencji bardzo gęstej, posiadać bardzo ograniczoną zdolność do posuwania się wzdłuż naczyń włoskowatych, lub też nie posiadać prawie zupełnie tej zdolności. Z drugiej strony wata, wypełniająca cylinder, przedstawia niejako jedną i jednolitą jamę włoskowatą, gdzie płyn może wciąż podnosić się wzdłuż istniejących kanałów włoskowatych. Zupełnie co innego przedstawia opatrunek z sączkiem: mamy tu niejako 2 jamy włoskowate: jedną przedstawia sączek, drugą zaś leżący nad nim opatrunek. Łączność pomiędzy jedną a drugą przerywa się. Rola sączka powinna polegać na pochłanianiu ropy i jej odprowadzaniu ku opatrunkowi, który ma pochłaniać doprowadzaną w ten sposób ropę. Jakie wytwarzają się warunki tego doprowadzania?

Wiemy, że część sączka, wychodząca z rany, przy przejściu przez zewnętrzny otwór tej ostatniej na skutek elastyczności tkanek ulega największemu uciskowi, ma przeto najmniejszą powierzchnię włoskowatą; powstaje tu bardzo cienka i wąska warstwa ropy, która bardzo łatwo ulega wysychaniu. Wprawdzie, ucinamy wyschniętą część sączka przy każdym opatrunku, ale czy długo potem ta część

pozostaje wilgotna, jak prędko następuje ponowne wysychanie, na to z całą dokładnością odpowiedzieć nie możemy. Gdy zaś to następuje, dopływ ropy ustaje; sączek jest wypełniony ropą; we wrotach zewnętrznych leży wyschnięta część sączka, która przedstawia czop, zamykający wszelką możliwość odpływu z rany i powodujący kompletny zastój w tej ostatniej aż do możliwości powstania wzmożonego ciśnienia i odwrotnego kierunku cieczy tkankowych. Wprawdzie, widzimy czasami szerokie otwory i wyloty ran, gdzie ucisk sączków w otworach nie następuje; widzimy to jednak tam, gdzie albo sam uraz spowodował taki otwór, albo też wytworzono go na drodze chirurgicznej i przedsięwzięto energiczne środki celem zniesienia napięcia tkankowego, a przeto pozostawienia tego otworu dużym i ziejącym. Powinniśmy pamiętać, że w tych warunkach dobry wilgotny opatrunek, położony na ranę, styka się z raną na całej przestrzeni powierzchni otworu, przedstawia dobrą jednolitą, chłonną jamę włoskowatą, która swe cechy dodatnie wykazuje w całej pełni. Nie możemy też zapomnieć i o adsorbcji, właściwej wszystkim koloidom, a więc o zwiększaniu się zwartości drobinowej ropy na powierzchni. Ropa więc na powierzchni będzie gęstsza, w głębi zaś rzadsza. Gdy ropa gęstsza ulegnie wessaniu, rzadka tem łatwiej będzie się wsysać. Wprawdzie, opatrunek ten nie dochodzi do wszystkich zakamarków, a nieraz i do dna rany, a więc wszystkiego stamtąd usunąć nie może. Jeżeli jednak zajdzie konieczność radykalnego usunięcia stamtąd ropy, mamy możność to zawsze uczynić zapomocą zwykłego wypłókania. Widzimy więc stąd, że sączek nie jest wcale idealnym środkiem do usuwania ropy z rany, że ma on szereg wad, z któremi walczyć trzeba, a które nieraz nie dadzą się usunąć. A w rezultacie: często spotykane w ranach w czasie opatrunku duże zbiorniki ropy, zbyt długie stany gorączkowe, objawy zatrucia ogólnego, wreszcie liczne zacieki i uchyłki, wymagające licznych nowych nacięć i nowego sączkowania, bardzo często bywają nagrodą chirurga za jego liczne starania i trudy, prowadzone nieraz z dużą dbałością i mozołem.

Niewiele pocieszającego możemy powiedzieć i o drenie. Ma on za zadanie zbierać przez swe otwory, szczególniej boczne, ropę z rany i jako zwykła rurka, podobna do drenu w ziemi, odprowadzać płyn do miejsca najniższego (cięcie w najniższem miejscu) a stamtąd nazewnątrz. I znowu zachodzi ogromna różnica pomiędzy drenem, ściągającym wodę, a drenem, odprowadzającym ropę. Ropa, jako ciecz nieraz gęsta i bardzo lepka, lgnie do ściany

i wcale nie spływa. Zawarte w niej, nieraz duże, kawałki tkanek nekrotycznych zatykają otwory drenu, bujnie rozrastająca się ziarnina wrasta w te ostatnie. Chirurg walczy z tem zapomocą przemywania, podciągania, a nieraz kompletnej zamiany drenu, a w rezultacie wkoło powstają bardzo często zbiorowiska ropy, które wymagają wciąż nowych zabiegów i nowych operacyj. Czyż nie lepiej i nie radykalniej byłoby usunąć ropę, stosując, po dokonaniu szerokiego nacięcia i zapewnieniu dużego ziejącego otworu, miejscową kąpiel z płynu Dakin'a na daną część ciała i jedno lub dwukrotne w ciągu doby przemycie i wypłókanie rany tym płynem, w przypadku zaś bardzo ciężkim przemywanie stałe w-g metody Carrela. Przy technice o wiele prostszej i łatwiejszej, nie sprawiając żadnego bólu choremu, działamy daleko radykalniej i gojmy ranę bez powikłań uprzednio wymienionych.

Już z poprzednio podanych uwag Bier'a widzimy, iż sączki i dreny ujemnie wpływają na przebieg regeneracji, a mianowicie znoszą one przestrzeń wolną (Lücke) tak potrzebną dla regeneracji, usuwają ropę, która jest dobrym materjałem odżywczym dla ziarniny, drażnią tę ziarninę i zużywają jej siły potencjalne na walkę z niemi, jako ciałem obcem, siły, które mogłyby być zużyte na pełniejszy rozwój procesów regeneracyjnych. W rezultacie powstaje ziarnina o daleko mniejszych zdolnościach regeneracyjnych, a nawet, jak wykazały badania Blumentala, o daleko mniejszej sile drobnoustrojobójczej.

Jeżeli takie jest działanie sączka na ziarninę, nie może być ono innem i na tkankę łączną, ziarnina bowiem jest tylko jej produktem. Widzieliśmy jednak poprzednio, że tkanka ta odgrywa główną rolę w procesach biologicznych, odbywających się w ranie. Oddziaływując w ten sposób na tę tkankę, sączki i dreny upośledzają jej działalność drobnoustrojobójczą i biologiczną, zużywają na walkę z niemi jej siły, potrzebne do walki z zakażeniem. Wprawdzie działanie to nie zostało jeszcze dokładnie zbadane i wyświetlone, już jednak zwykłe rozumowanie wskazuje nam, że z jednej strony nie wprowadzając żadnych rozczynów hypertonicznych, z drugiej zaś usuwając z rany większą część ropy, mającej, jak wiadomo wyższy skład drobinowy, aniżeli ciecze ustroju, sączek zmniejsza ciśnienie osmotyczne; wypełniając zaś wolną przestrzeń, znosi ciśnienie w ranie, czyli osłabia obydwa czynniki, będące źródłem prądu cieczy ustrojowych z głębi na powierzchnię rany. O znaczeniu tego prądu rozwodzić się nie potrzebuję. Niewątpliwie w miarę roz-

woju dalszych badań sprawa uszkodzeń innych sił ochronnych będzie dokładnie wyjaśniona; jednak to, co już zaznaczyłem, wyraźnie nam udowadnia, że uszkodzenia tu istnieją i to w dużym stopniu. Zamiana sączków i drenów, przeprowadzona jak najbardziej delikatnie, musi spowodować nietylko silne podrażnienie, ale i nieznaczne uszkodzenia w wielu miejscach powierzchni rany, co, jak wiemy, wobec wymagań spokoju dla niej, jest czynnikiem wysoce ujemnym. Poza tem zmiana ta, chociażby najostrożniej dokonana, sprawia ból choremu, z czem też musimy się liczyć. Stosowanie metody kąpieli, przemywań płynem Dakin'a, stałego spłukiwania sposobem Carrela przy wytwarzaniu i zachowaniu szerokich ziejących otworów i nałożeniu na nie wprost wilgotnego opatrunku z płynu Dakin'a jest zabiegiem nietylko radykalniejszym, ale i o wiele mniej drażniącym i upośledzającym tkankę łączną i jej produkt — ziarninę.

To są motywy, z racji których oświadczyć się muszę, jako zwolennik leczenia bezsączkowego i bezdrenowego. Wprawdzie, spotkać mnie może zarzut, że przy leczeniu stałem spłukiwaniem w-g metody Carrela używamy też drenów. Muszę przyznać, że jest to zło, jednak, w przypadkach bardzo ciężkiego zakażenia i dużej ilości tkanki nekrotycznej, zło konieczne i do tego w swych ujemnych skutkach bardzo nieznaczne, zło, które w żadnym razie nie może być porównane ze skutkami zakładania sączków i drenów do rany. Dreny, używane przy tem, zajmują dzięki swej małej średnicy bardzo mało miejsca, nie zapełniają wolnej przestrzeni, tylko w bardzo niewielu miejscach dotykają powierzchni rany, a drażnienie, przez nie spowodowane, nie może być porównane z wypełnieniem całej tej powierzchni przylegającemi do niej sączkami i drenami; dalej, nie są one drenami we właściwem tego słowa znaczeniu, a tylko zakończeniami rurek irygatora, wylewającemi przez swe otwory płyn do wnętrza rany; nie zatykają więc ich otworów strzępy obumarłych tkanek, nie zalega w nich oblepiająca ścianki gęsta ropa, nie wrasta w ich otwory ziarnina, nie wymagają one wiele przeciągania, wyjmowania i ponownego wprowadzania. To zło, konieczne w przypadkach tylko bardzo ciężkich, jest naprawdę minimalne i samej metody obalić nie może.

Widzimy więc, iż metoda dopiero co przytoczonego leczenia ma dużą wyższość nad leczeniem zapomocą sączków i drenów. Daje ona nam możność dowolnego, zależnie od potrzeby, usuwania lub zachowania ropy w ranie, umożliwia to usuwanłe daleko radykalniej i pełniej, wreszcie, nie drażniąc tkanki łącznej, nie upośle-

dza jej zdolności drobnoustrojobójczej i regeneracyjnej, tak ważnej dla organizmu.

Wprawdzie, spotkać mnie może inny jeszcze zarzut, że jednak przy tem leczeniu zewnętrzny otwór może się zamknąć przedtem, aniżeli będzie ukończone samooczyszczenie się rany, a wiec może zamknąć jamę rany i umożliwić w niej ponowny rozwój zakażenia. Tu—maleńka dywersja. Współpracować musimy zawsze z bakterjologiem, czyli w podobnych przypadkach zawsze należy zbadać zawartość bakteryjną rany, a wtedy zdecydować, czy możemy dopuścić do jej zamknięcia, czy też nie.

Mówiłem już poprzednio, że po szerokiem otwarciu nie mającej dobrego odpływu rany, lub też po rozcięciu zakaźnego procesu chirurgicznego, powinniśmy dążyć do zniesienia elastyczności tkanek brzegów rozcięcia; przytoczyłem już te metody, których używają do tego inni. Ja osobiście po podobnem rozcięciu . wkładam wałek gazowy w środku rany pomiędzy oba rozcięte brzegi, pozostawiając dno i boki wolne dla odpływu. Wałek ten, zależnie od ciepłoty i ogólnego stanu chorego, pozostawiam bez zmiany opatrunku na przeciąg 2 do 3 dni, celem z jednej strony zupełnego zniesienia elastyczności, z drugiej zaś pokrycia się przylegających do rany części wałka ropą i mało bolesnego jego wydobycia. Po 2—3 dniach robię długo trwającą kąpiel z rozcieńczonego i ogrzanego płynu Dakin'a, a ku końcowi tej kąpieli wałek usuwam, ranę silnie przemywam płynem i nakładam na nią opatrunek z gazy, obficie przepojonej rozczynem podchlorynu. Ranę zawsze utrzymuję ziejącą i zieje ona aż do ukończenia oczyszczenia się. W ciągu doby po całkowitem oczyszczeniu się pod opatrunkiem wilgotnym z płynu Dakin'a powierzchnie ziarninowe rany zlepiają się i pozostaje tylko nieznaczna powierzchnia ziarninująca, którą goi się wedle zasad ogólnych. Wprawdzie, może zajść taki przypadek, że w głębi samowyjałowienie jeszcze nie nastąpiło, a już silny rozrost ziarniny zakrywa otwór zewnętrzny. W tym przypadku wprowadzam ostrożnie pomiędzy ziarninujące powierzchnie korncangę, nieznacznie ją rozszerzam, przemywam ranę płynem Dakin'a i wyjmuje korncangę w tym stanie rozszerzenia, do jakiego poprzednio doprowadziłem. Operacja ta nie powoduje żadnego uszkodzenia ziarniny, żadnego krwawienia i jest absolutnie bezbolesna dla chorego. W ten sposób udaje się utrzymać otwór zachowany przez tak długi czas, jaki będzie potrzeba do samowyjałowienia się rany, aż badania bakterjologiczne wskażą nam, że będziemy mogli przeznaczyć ranę do zagojenia. Wreszcie nawet, gdyby pomimo to otwór się zamknął,

wolę w takim już nadzwyczajnym przypadku, dokonać rozszerzenia otworu w uśpieniu z ponownem zniesieniem elastyczności brzegów. Będzie to o wiele mniej szkodliwe i drażniące dla chorego, aniżeli ciągłe gorączki, objawy zatrucia ogólnego, zacieki ropne, dodatkowe ich nacięcia i inne szkodliwości, jakie przy sączkowem leczeniu ciągle obserwujemy. Występując w obronie leczenia bezsączkowego i bezdrenowego, zdaję sobie sprawę, że wskutek specjalnych warunków umiejscowienia lub przebiegu sprawy chorobowej, mogą zdarzyć się przypadki, gdzie zajdzie potrzeba założenia na czas dłuższy sączka lub drenu. Przypadki jednak te będą należały do bardzo rzadkich wyjątków.

Wspomniałem poprzednio, że spór o czas, w którym należy dokonać przecięcia ostrych procesów zakaźnych chirurgicznych, odbywających się w organizmie, nie został rozstrzygnięty. Co do mnie, decydującym momentem jest dla mnie stan chorego i stwierdzenie, czy ustrój daje sobie radę z zakażeniem, czy też nie. Jeżeli widzimy, iż ustrój rady nie daje, nie pozostaje nam nic innego, jak otworzyć toczącą się sprawę i rozpocząć jaknajenergiczniejsze działanie celem zahamowania rozwoju drobnoustrojów, zobojętniania ich jadów oraz spotęgowania wszystkich sił i czynników odporności organizmu. Jeśli zaś widzimy, że ustrój sobie daje radę z zakażeniem, nie widzę żadnej potrzeby do wkraczania, owszem wyczekuję, aż proteoliza posunie się dość daleko, wytworzy dostateczną ilość ropy i wystąpi wyraźnie a niedwuznacznie odczuwane chełbotanie. Rozumowanie moje oparte jest na tem, że wszelkie wkroczenie bądź co bądź zmienia stosunki, w jakich odbywa się dotychczasowa walka z zakażeniem. Gdy ta walka toczy się dla organizmu pomyślnie, nie mamy żadnej potrzeby zmiany tych stosunków, gdyż nie wiemy, czy ta zmiana będzie dla organizmu korzystna (dostęp tlenu powietrza przy zakażeniu tlenowcami i t. p.). Dalej wiemy, że wysoka ciepłota jest czynnikiem przyśpieszającym proteolizę (Szerszyński). Przy rozcięciu zawsze będziemy mieli ciepłotę niższą, aniżeli ciepłota wewnątrz organizmu, a przeto upośledzimy proteolizę. Wiemy dalej, że zabieg operacyjny i niższa ciepłota proteolizy potęgują kilkakrotnie, a czasami nawet kilkunastokrotnie wytwarzanie się produktów przejściowych proteolizy (Szerszyński), wówczas gdy wewnątrz ustroju przy proteolizie w ciepłocie 37^{0} i wyżej wytwarzają się one w ilości minimalnej lub nie wytwarzają się wcale. Nie wynika stąd, że możemy czekać, aż do pęknięcia

ropnia. Nie mamy potrzeby zbyt długo przechowywać w organizmie drobnoustrojów, ich jadów, oraz w nieznacznej chociażby ilości wytworzonych jadowitych produktów protelizy. Może to być szkodliwe dla organizmu. Nie możemy czekać zbyt długo, bo nagromadzony płyn w jamie np. ropnia może spowodować ciśnienie dodatnie i odwrotny prąd cieczy organizmu. O ile nie wolno nam przedwczesnym zabiegiem psuć dobrze odbywających się procesów biologicznych i nadwerężać siły obronne organizmu, o tyle, gdy proteoliza w rozwoju dostatecznie postąpiła, powinniśmy usunąć z organizmu drobnoustroje i jadowite produkty obustronnej biologji. Termin zabiegu podpowie każdemu praktyka i doświadczenie chirurgiczne.

Biorąc pod uwagę doświadczenia Preobrażeńskiego, Nötzla i Eikina, pamiętam dobrze o tem, iż przykrycie ceratką opatrunku i zatamowanie parowania i wysychania powoduje z jednej strony odwrotny prąd cieczy ustrojowych oraz masowe wtargnięcie drobnoustrojów i ich jadów do organizmu, z drugiej strony — silne uszkodzenie tkanek rany i jej otoczenia. Dlatego też najświętszem prawem, wkładanem stale w uszy personelowi pomocniczemu, jest u mnie zakaz zakładania kompresów pod ceratką na otwarte rany; szeroko natomiast zalecam używanie wilgotnych opatrunków na rany w okresie drugim. Sprawę tę przypominam dlatego, iż jeszcze teraz daje się widzieć przypadki ran otwartych, leczonych kompresami z ceratką. Sądzę, że przyczyną tego jest nieznajomość wspomnianych doświadczeń, dlatego też obszernie tę sprawę poprzednio omówiłem i obecnie ją przypominam.

Kierując się powyższemi zasadami, prowadziłem, jako starszy ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Wojskowego w Wilnie, leczenie systematycznie z obserwacją ostrych spraw zakaźnych w okresie drugim przez dwa lata. Wyniki otrzymane podaję w załączonych tablicach. Muszę jednak zaznaczyć, że zupełnie pominąłem ostre zakaźne sprawy chirurgiczne, toczące się w jamach ciała, aczkolwiek, tak w ropnem zapaleniu osierdzia, jak też i w takiem samem zapaleniu opłucnej, wyniki były bardzo dobre. Nieznaczna jednak stosunkowo liczba tych przypadków (pericarditis 1, empyema 18), przy względnie częstem występowaniu niektórych z tych chorób (empyema), nie daje dostatecznego materjału do statystyki, sprawy zaś w jamach ciała mają inny przebieg, aniżeli w tkankach miękkich. Nie mogę więc wyciągać wniosków. Tablice rozdzielam według poszczególnych cierpień.

Objaśnienie skrótów.

K_1 Kąpiel z płynu Dakin'a 1 raz dziennie
K_2 " " " " 2 razy "
P_1 Przemywanie płynem Dakin'a 1 raz na dobę
P_2 " " " 2 razy na dobę
Car. Stałe spłókiwanie w-g systemu Carrela
L Zakażenie lekkie
S " średnie
C " ciężkie
BC " bardzo ciężkie.

Ropowica — Phlegmone.

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
1	C	4	3	3	8	P_2K_1	
2	C	3	2	1	7	P_2K_1	
3	S	5	2	2	6	P_2	
4	BC	2	—	2	6	Car	
5	S	3	3	1	4	P_1	
6	L	2	3	1	5	P_1	
7	L	3	2	1	5	P_1	
8	C	4	2	3	7	P_2K_1	
9	L	3	2	1	5	P_1	
10	L	3	2	1	4	P_1	
11	C	5	3	1	10	P_2K_1	W 7 dniu wobec obfitej ziarniny rozszerzono ranę korncangą.
12	C	3	2	1	9	P_2K_1	
13	C	6	3	1	7	P_2K_1	
14	L	4	3	1	5	P_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
15	C	4	2	1	4	PK_1	
16	L	4	2	1	7	P_1	
17	C	6	3	3	6	P_2K_1	
18	C	6	3	3	6	P_2K_1	
19	C	5	2	3	5	P_2K_1	
20	S	3	2	4	7	P_1	
21	C	4	2	2	4	P_2K_1	
22	S	8	2	3	6	P_1	
23	S	4	2	1	6	P_1	
24	L	3	2	2	8	P_1	
25	BC	2	—	4	6	Car	
26	C	3	3	3	7	P_2	
27	S	4	2	1	4	P_2	
28	BC	3	1	2	4	P_2K_2	
29	C	4	2	2	6	P_2	
30	S	3	2	1	7	P_1	
31	L	3	2	2	9	P_1	
32	L	4	2	1	7	P_1	
33	C	5	1	3	6	P_2K_2	
34	S	4	2	1	5	P_1	
35	S	5	3	3	7	P_1	
36	C	3	3	2	11	P_1	
37	S	4	2	2	6	P_1	
38	C	4	3	3	9	P_1	
39	BC	4	—	3	6	Car	**W okresie ziarninowym podniesienie ciepłoty, rozszerzenie otworu korncangą przemycie, ciepłota spadła.**

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
40	C	4	2	1	10	P_2K_1	W ósmym dniu rozszerzenia otworu korncangą.
41	S	5	2	1	9	P_1	
42	C	3	2	3	5	P_2K_2	
43	S	3	3	1	6	P_1	
44	L	4	3	2	7	P_1	W szóstym dniu rozszerzenia otworu korncangą.
45	S	3	2	1	6	P_1	
46	L	6	2	1	8	P_1	
47	S	5	3	3	10	P_1	
48	C	4	2	1	6	P_2K_1	
49	S	4	2	1	7	P_1	
50	C	3	2	3	9	P_2	
51	S	3	2	3	4	P_2K_1	
52	S	4	3	5	13	P_1	
53	C	3	2	2	6	P_2	
54	C	3	2	3	5	P_2K_1	
55	L	3	2	3	7	P_1	
56	C	4	3	3	11	P_1	
57	C	5	3	4	7	P_2K_1	
58	L	3	2	1	5	P_1	
59	S	4	3	3	6	P_1	
60	C	2	3	4	5	P_2K_1	
61	C	4	2	1	6	P_2K_1	W piątym dniu rozszerzenia otworu korncangą.
62	L	3	3	2	7	P_1	
63	L	4	2	2	6	P_2	
64	S	3	3	1	6	P_1	

L	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
65	C	4	2	1	4	P_2K_1	
66	S	3	3	1	9	P_1	
67	S	4	2	2	12	P_1	
68	C	3	3	4	8	P_2	
69	BC	4	—	3	6	Car	
70	C	4	3	4	7	P_2K_1	
71	C	3	1	3	5	P_2K_2	
72	S	4	3	4	10	P_1	
73	L	3	3	1	7	P_1	
74	C	4	2	1	6	P_2K_1	
75	C	4	2	3	5	P_2K_2	
76	S	4	3	2	8	P_1	
77	C	4	2	1	4	P_2K_2	
78	S	3	3	3	8	P_1	
79	L	4	2	1	7	P_1	
80	S	4	3	1	10	P_1	
81	C	3	2	3	5	P_2K_1	
82	S	3	2	3	8	P_1	
83	L	3	2	1	6	P_1	
84	C	4	3	2	5	P_2K_1	
85	C	3	2	3	5	P_2K_2	
86	BC	4	—	2	7	Car	
87	C	3	1	3	5	P_2K_1	
88	S	4	3	1	8	P_1	
89	C	3	2	3	5	P_2K_1	
90	L	4	2	1	7	P_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
91	S	4	2	1	4	P_2	
92	C	5	2	3	5	P_2K_1	
93	C	3	2	2	7	P_2	
94	C	4	3	2	6	P_2K_1	
95	L	3	3	1	8	P_1	
96	C	5	2	2	5	P_2K_1	
97	C	4	2	1	4	P_2K_1	
98	S	4	2	3	8	P_1	
99	L	3	2	2	8	P_1	
100	C	3	3	2	7	P_2	
101	BC	4	2	3	6	P_2K_2	
102	S	3	2	2	8	P_1	
103	L	4	2	2	7	P_1	
104	S	4	2	1	6	P_1	
105	C	4	3	2	9	P_2	
106	L	3	2	2	7	P_1	
107	C	4	2	2	5	P_2K_1	
108	C	5	2	1	5	P_2K_1	Ropowice około stawowe — Phlegmone periarticularis. (108–116)
109	C	5	2	2	6	P_2K_1	
110	C	3	3	4	6	P_2K_1	
111	C	7	2	2	5	P_2K_1	
112	C	4	3	3	7	P_2K_1	
113	C	5	3	3	6	P_2K_1	
114	C	6	2	3	6	P_2K_2	
115	BC	4	1	3	5	P_2K_2	
116	C	3	2	3	7	P_2K_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
117	C	4	2	3	5	P_2K_1	Ropowice okołostawowe — Phlegmone periarticularis.
118	C	5	2	1	6	P_2K_1	
119	C	3	1	3	4	P_2K_2	
120	BC	3	—	3	7	Car	
121	C	2	2	3	5	P_2K_1	
122	C	4	2	1	6	P_2K_1	
123	C	5	2	1	7	P_2K_1	
124	BC	3	—	3	6	Car	
125	C	4	2	1	8	P_2K_1	W siódmym dniu rozszerzenie korncangą.
126	BC	3	2	3	5	P_2K_2	

Postarajmy się teraz zanalizować dane powyższej tablicy. Operacyj ropowicy przytoczyłem 126. Z tych operacyj dokonano: w 11 przypadkach o przebiegu bardzo ciężkim, w 61 przypadkach o przebiegu ciężkim, w 31 przypadkach o przebiegu średnim i w 23 przypadkach o przebiegu lekkim. Dokonywano operacyj średnio w 3,9, okrągło w 4 dni po zachorowaniu. Cyfra ta jest jednak wysoce niedokładna, — gdyż jest oparta na danych anamnezy, na której wogóle, a u żołnierzy w szczególności, polegać nie możemy. Wałek gazowy usuwano w pierwszym, drugim i trzecim dniu, zależnie od przebiegu pooperacyjnego. Sprawę tę omówiłem już poprzednio. Ciepłota spadała albo wkrótce po operacji albo po usunięciu wałka gazowego.

Okres oczyszczania się rany średnio trwał 6,4 dni. Jest to okres bardzo krótki. Wiemy bowiem, iż okres drugi w ranie przebiega średnio 7—12 dni, o ile proteoliza dotyczy tylko wiotkiej tkanki łącznej; o ile zaś w sprawę zostaną wciągnięte tkanki bardziej zbite, ścięgna i grubsze mięśnie, proces trwa znacznie dłużej i może przeciągać się całemi tygodniami. W naszych przypadkach mieliśmy tkanki o różnej zbitości; sprowadzenie więc drugiego okresu do 6,4 dni musimy

uznać za duży sukces zastosowanej metody leczenia. Wprawdzie, może mnie spotkać zarzut, że wkraczamy zawsze wtedy, gdy proces proteolizy jest już w pełni rozwoju, dodać więc musimy te dnie, gdzie odbywał się on bez naszego udziału. Liczba jednak tych dni, jak widzieliśmy z zestawienia okresu od początku choroby do operacji, nie będzie tak duża i nie przekroczy 2 — 3 dni. Nawet po dodaniu tych dni otrzymamy wszystkiego 8—9 dni, co nie możemy nie uważać za wynik pomyślny. Pamiętać jednak powinniśmy i o tem, że przemywania płynem Dakin'a mają daleko mniejszy wpływ na proteolizę, gdy rozpoczynamy je stosować w rozwoju tej ostatniej (stwierdziłem to własnem długoletniem doświadczeniem), aniżeli wtedy, gdy rozpoczęliśmy tę czynność już w pierwszym okresie—zaraz po dostaniu się rannego do naszych rąk. Jest to zrozumiałe także i teoretycznie, w pierwszym bowiem przypadku działa on na już rozwinięty proces koloidalny i może go tylko wzmocnić, w drugim zaś ma wpływ na jego wytworzenie się, na nadanie mu tego lub innego charakteru, tej lub innej siły i energji.

Jeżeli zestawimy długość okresu oczyszczania się rany z ciężkością procesu zakaźnego, otrzymamy następujące dane. Przy B C — 5,8 dni, przy C — 6,2, przy S — 6,9 i przy L — 7 dni. Widzimy więc na zasadzie tych cyfr, że długość okresu oczyszczania się nie pozostaje w związku z ciężkością zakażenia. Odwrotnie, mogłoby się wydawać, iż im cięższe jest zakażenie, tem oczyszczanie się przebiega krócej, im zaś lżejsze, tem trwa dłużej. Twierdzenie takie oczywiście nie miałoby żadnego uzasadnienia biologicznego. Musimy szukać przyczyny gdzieindziej, a przedewszystkiem w metodzie leczenia, którą stosujemy.

Przy Car okres oczyszczania się trwał średnio 6,3 dni przy P_2K_2—4,9 przy P_2K_1—5,9 przy P_2—6,8 i przy P_1—8,3 dni. Widzimy więc, iż najkrótszy okres oczyszczania się mieliśmy, stosując dwa razy na dobę przemywania płynem Dakin'a, oraz dwukrotnie ciepłe kąpiele z tego płynu; następnie idzie stosowanie dwóch przemywań i 1 kąpieli na dobę, dalej — system stałego spłókiwania w-g metody Carrela, następnie dwukrotne przemywanie, i wreszcie na ostatniem i bardzo odległem miejscu (o 1,5 dnia) stoi system jednorazowego spłókiwania.

Cyfry te są dla nas bardzo pouczające, dowodzą one bowiem, że jednokrotne kąpiele i dwukrotne na dobę przemywanie płynem Dakin'a stoją na równi, a nawet przewyższają system stałego spłókiwania w-g metody Carrela, że system dwukrotnych kąpieli i dwukrotnego spłókiwania przewyższa znacznie tę metodę (1,4 dnia), że dalej

system tylko dwukrotnego spłukiwania z następnym wilgotnym opatrunkiem z tego płynu (bez kąpieli) nieznacznie ustępuje systemowi Carrela (0,5 dnia) i tylko system jednokrotnego spłukiwania ustępuje mu dość znacznie (2 dni). Cyfry te nabierają jeszcze większej wagi jeśli uprzytomnimy sobie, że system Carrela oraz P_2K_2 stosowaliśmy w przeważnej ilości w przypadkach bardzo ciężkich, a zatem nie jest on tu koniecznością i to jedyną.

Zestawienie powyższych cyfr z cyframi, odpowiadającemi ciężkości zakażenia, jest również wysoce pouczające. Wspomniałem już poprzednio, że tkanka nekrotyczna w zakaźnych sprawach chirurgicznych powstaje nie wskutek mechanicznego uszkodzenia, ale skutkiem działania samych drobnoustrojów. Im jadowitsze będą one, tem oczywiście będzie tej tkanki więcej. Tablica zaś wykazuje, że szybkość oczyszczania się rany nie tylko nie spada, ale odwrotnie wzrasta z siłą zakażenia, czyli inaczej mówiąc, większe ilości tkanek nekrotycznych zostają przez proteolizę szybciej przetrawione, aniżeli małe. Wobec cyfr dla długości okresu proteolizy zależnie od systemu leczenia i wobec widocznego z tablicy stosowania bardziej energicznego leczenia w przypadkach ciężkich jasna jest dla nas cała potęga tego leczenia, a tem samem usprawiedliwiona i słuszna jest nazwa „un bisturi chimique", jaką Le Grand nadał płynowi Dakin'a. Sprawa ta wyglądałaby jeszcze efektowniej, gdybyśmy zestawienie wzięli nie z pośród zakaźnych spraw chirurgicznych, a z pośród świeżych miażdżonych ran przypadkowych.

Do ponownego zabiegu operacyjnego celem otworzenia rany i umożliwienia z niej odpływu nie uciekałem się wcale, do rozszerzenia otworu korncangą—zaledwie 6 razy (1 : 21). Wykazuje to nam, jak płonne są obawy tych, którzy przypuszczają, że przy bezsączkowem i bezdrenowem leczeniu nastąpi przedwczesne zamknięcie otworu, a przeto i materjału zakaźnego w głębi rany.

Natomiast nie możemy nie zwrócić uwagi, że ciepłota u wszystkich wymienionych chorych spadała w ciągu 1—2—3 dni i tylko w 8 przypadkach dotrwała do dnia czwartego. Ciężkich objawów septycznych nie obserwowaliśmy wcale, następnych operacyj celem otwarcia zacieków i dodatkowych ropni nie stosowaliśmy zupełnie.

W osobną grupę zebrałem ropowice okołostawowe. Ropowice te, jak wiadomo, są ropowicami w 90% o przebiegu bardzo ciężkim, nieraz prowadzą do zejścia śmiertelnego, a zawsze do długotrwałych gorączek i zacieków. Tu zaś nie odbiegają one w swym przebiegu od przebiegu zwykłych ropowic. Owszem, można nawet powiedzieć,

że przebieg ich był dość łagodny, a oczyszczenie się nastąpiło szybko. Wpływ zastosowanej metody leczenia i tu się wykazał jasno.

Jak widzimy, leczenie ropowic potwierdziło te wszystkie wnioski, jakie powziąłem na podstawie wyników leczenia ran tą metodą. Bezpośredni jednak efekt codzienny przy ciągłej obserwacji, jak również i demonstracyjność samego przebiegu nie były tak znaczne i tak wybitne, czego przyczyny już poprzednio wyjaśniłem.

Ropne zapalenie torebki przedrzepkowej. Bursitis praepatellaris.

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
1	S	3	2	1	7	P_2	
2	S	4	2	1	6	P_2	
3	S	3	3	1	7	P_2	
4	S	3	2	2	9	P_1	
5	L	4	2	1	7	P_1	
6	S	5	2	1	7	P_1	
7	S	4	3	2	9	P_1	
8	C	3	1	4	5	P_2K_2	
9	L	4	2	1	6	P_1	
10	S	3	3	2	6	P_2	
11	L	3	2	1	7	P_1	
12	C	4	2	3	6	P_2K_1	
13	L	4	3	2	8	P_1	
14	L	3	3	1	5	P_2	
15	S	3	3	1	7	P_2	
16	BC	3	2	4	6	P_2K_2	
17	S	4	3	2	7	P_2	
18	S	3	2	1	6	P_2	
19	S	4	3	1	7	P_2	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
20	S	4	2	1	9	P_1	
21	S	3	3	2	6	P_2	
22	S	5	3	1	10	P_1	
23	S	3	2	1	8	P_2	
24	S	3	3	2	6	P_2	
25	S	4	3	1	7	P_2	
26	S	3	2	2	8	P_2	
27	S	3	2	1	7	P_2	
28	S	3	2	2	6	P_2	
29	S	4	3	1	8	P_2	
30	L	4	3	1	9	P_1	
31	L	5	2	1	9	P_1	
32	S	3	2	1	7	P_2	
33	S	4	3	2	6	P_2	

Przeprowadźmy analizę tej tablicy, wzorem tym, jak to uczyniliśmy dla ropowicy. Operacyj ropnego zapalenia torebki przedrzepkowej przytoczyłem 33, z tego 1 przypadek był o przebiegu bardzo ciężkim, zagrażał przejściem w ropowicę okołostawową), o przebiegu ciężkim 2, o przebiegu średnim 24 i o przebiegu lekkim 6. Stan ten i podział tłumaczy się samą istotą procesu chorobowego. Przeciętnie dokonywano operacji w 3,6 dni po zachorowaniu. Wałek gazowy usuwano w 1—2—3 dni, zależnie od przebiegu pooperacyjnego. Ciepłota spadała albo w pierwszym — drugim dniu po operacji, albo po usunięciu wałka gazowego, albo też w kilku przypadkach w 1—2 dni potem. Okres oczyszczania się rany średnio trwał 7 dni. Zestawienie okresu oczyszczania się rany z jakością zakażenia daje: w przypadkach B C — 6 dni, w C — 5,5, w S — 6,9 i w L — 8,5 dni. W stosunku do zastosowanego leczenia długość okresu oczyszczania się rany przedstawia się następująco:

przy P_2K_2 mamy 5,6 dni przy P_2K_1 — 6 przy P_2 6,7 i przy P_1 8,1 dni. „Car“ nie stosowaliśmy ze względu na umiejscowienie i łatwą dostępność sprawy chorobowej. Zestawienie tych wszystkich cyfr ze sobą i z cyframi, otrzymanemi dla ropowicy, wyjaśnia nam najzupełniej, że i w tym przypadku możemy z nich wyciągnąć te same wnioski, jakie wyciągnęliśmy przy omawianiu ropowic. Nie będę więc ich powtarzał. Zaznaczę tylko, że ogólnie nieco dłuższy okres oczyszczania się ran znajduje swe wytłumaczenie w mniej energicznych metodach leczenia, które stosowaliśmy wobec stosunkowo lżejszej istoty i przebiegu procesu chorobowego.

Ropień okołonerkowy — Paranephritis.

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
1	C	5	—	2	7	Car *)	
2	C	7	—	4	6	Car	
3	C	6	—	3	8	Car	Rozszerzenie korncangą w okresie ziarninowania (w 5 dni po usunięciu Car)
4	C	8	—	1	6	Car	
5	BC	9	—	5	7	Car	
6	S	3	3	2	12	P_2	
7	C	5	—	4	8	Car	Rozszerzenie korncangą w 3 dni po usunięciu Car.
8	C	9	—	3	6	Car	
9	BC	7	—	3	6	Car	Rozszerzenie w uśpieniu w tydzień po usunięciu Car z założeniem wałka gazowego.
10	C	8	3	4	10	P_2	
11	L	6	3	2	10	P_2	
12	S	12	3	3	11	P_2	

*) We wszystkich przypadkach w okresie trzecim wobec tendencji do wzniesienia ciepłoty (po usunięciu rurek Carrela) przemywano raz na 2—3 dni wnętrze ran płynem Dakin'a, rany w ciągu 3—4 tygodni zupełnie się wygoiły.

Jak widać z powyższej tablicy, operacyj „paranephritis" przytoczyłem 12, z nich operacyj dokonano w przypadkach o przebiegu bardzo cieżkim 2, ciężkim 6, średnim 3 i lekkim 1. Średnio dokonywano operacji w 7 dniu po zachorowaniu (różnica z poprzedniem tłómaczy się głębokością i rozległością sprawy chorobowej i trudnościami rozpoznawczemi).

Wałek gazowy usuwaliśmy po trzech dniach, ażeby uzyskać jaknajwiększe zniesienie elastyczności tkanek. Ciepłota spadała rozmaicie, przeważnie w 3 — 4 dniu po operacji, utrzymując się nieraz do dnia piątego. Okres oczyszczania się rany trwał średnio dni 8. Zestawienie ciężkości zakażenia z długością okresu drugiego daje nam przy B C—6,5 dni przy C—6,8 dni przy S — 11 dni przy L — 10 dni. W stosunku do zastosowanej metody leczenia przy Car — 6,8 dni przy P_2 — 10,7 dni. Kąpieli nie stosowaliśmy ze względu na umiejscowienie sprawy chorobowej i związane z tem trudności techniczne. P_1 — nie stosowaliśmy ze względu na rozległość sprawy chorobowej i niewystarczalność w danym wypadku tej metody.

Do rozszerzenia korncangą uciekaliśmy się 2 razy i do rozszerzenia w uśpieniu raz 1. Tłumaczy się to stosunkami topograficznemi. które stwarzają specjalne trudności w danym przypadku. W każdym jednak razie za poważne powikłania tych rzeczy uważać nie możemy,

Wyniki więc leczenia w tym przypadku w niczem nie odbiegają od podanych poprzednio. Dłuższe trwanie okresu drugiego tłumaczy się charakterem samej sprawy chorobowej i dużą ilością tkanki nekrotycznej.

Ropne zapalenie gruczołów chłonnych — Lymphadenitis purulenta.

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
1	L	3	2	1	8	P_1	
2	C	6	3	3	7	P_2	
3	S	4	3	1	6	P_2	
4	L	3	2	1	7	P_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
5	L	4	2	1	8	P_1	
6	L	3	2	1	6	P_1	
7	L	4	3	2	9	P_1	
8	S	4	3	1	6	P_2	
9	S	7	2	2	5	P_2	
10	C	6	3	4	6	P_2	
11	L	3	2	1	6	P_1	
12	L	3	2	1	7	P_1	
13	L	4	2	1	9	P_1	
14	S	3	2	2	7	P_2	
15	S	4	2	2	5	P_2	
16	S	8	3	3	6	P_2	
17	C	7	2	3	6	P_2	
18	S	5	2	3	5	P_2	
19	L	4	3	1	8	P_1	
20	L	3	2	1	10	P_1	
21	L	5	3	3	6	P_1	
22	S	3	2	2	5	P_2	
23	L	4	3	1	7	P_1	
24	L	3	3	1	6	P_1	
25	L	3	2	1	6	P_1	
26	S	4	3	2	6	P_2	
27	L	3	2	1	8	P_1	
28	L	4	3	2	7	P_1	
29	L	5	2	1	9	P_1	
30	L	4	3	1	6	P_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
31	S	3	2	2	7	P_2	
32	S	4	2	2	9	P_1	
33	S	5	3	4	6	P_2	
34	L	3	2	1	8	P_1	
35	L	4	3	1	6	P_1	
36	L	4	2	2	7	P_1	
37	S	3	2	3	6	P_2	
38	L	3	2	2	8	P_1	
39	S	5	3	2	7	P_2	
40	S	3	2	3	8	P_2	
41	S	7	2	1	5	P_2	
42	S	6	2	1	4	P_2	
43	L	5	2	1	9	P_1	
44	L	4	3	2	8	P_1	

W tablicy powyższej zestawiłem 44 przypadki operacyj ropnego zapalenia gruczołów chłonnych, z tego operacyj w przypadkach ciężkich dokonano—3, w przypadkach o przebiegu średnim—17, w przypadkach o przebiegu lekkim 24. Przeciętnie dokonywano operacji w 4,2 dni po zachorowaniu. Wałek gazowy usuwano w 2–3 dni po operacji. Ciepłota spadała w pierwszym dniu po operacji (czasami w drugim) lub też po usunięciu wałka gazowego i rozpoczęciu obfitych przemywań płynem Dakin'a.

Okres oczyszczania się rany trwał w przypadkach ciężkich 6,3 dni, w przypadkach średnich — 6 dni, a w przypadkach lekkich 7,5 dni. Tenże sam okres, zestawiony w stosunku do zastosowanego leczenia, wynosił przy P_2—5,9 dni, przy P_1—7,5 dni. Innych metod pozatem nie stosowaliśmy, ze względu na pewną łagodność samej sprawy chorobowej i na trudności techniczne, z tem związane.

W wyniku obraz ten odpowiada obrazom poprzednim. Pewne przedłużenie okresu drugiego da się wytłumaczyć mało energicznemi metodami leczenia.

Zanokcica — Panaritium.

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
1	S	3	3	1	7	P_1K_1	
2	S	6	2	2	6	P_1K_1	
3	C	8	2	2	5	P_2K_2	
4	S	5	3	1	8	P_1K_1	
5	L	4	3	1	7	P_1K_1	
6	L	3	2	1	5	P_1K_1	
7	S	4	3	1	4	P_1K_1	
8	S	3	3	2	8	P_1K_1	
9	S	3	2	2	7	P_1K_1	
10	S	4	3	1	8	P_1K_1	
11	L	3	3	1	5	P_1K_1	
12	S	7	3	1	7	P_1K_1	
13	L	3	2	1	7	P_1K_1	
14	S	5	2	1	6	P_1K_1	
15	S	3	3	1	8	P_1K_1	
16	S	4	3	1	7	P_1K_1	
17	S	3	3	1	6	P_1K_1	
18	L	5	2	1	6	P_1K_1	
19	C	6	2	2	5	P_2K_2	
20	S	4	2	1	7	P_1K_1	
21	S	5	2	2	8	P_1K_1	
22	S	4	3	1	6	P_1K_1	
23	L	3	3	1	8	P_1K_1	
24	S	4	3	1	5	P_1K_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
25	S	4	3	1	7	P_1K_1	
26	S	5	3	1	8	P_1K_1	
27	L	4	2	1	7	P_1K_1	
28	S	3	2	2	6	P_1K_1	
29	C	5	2	2	6	P_2K_2	
30	S	4	3	1	7	P_1K_1	
31	S	3	3	1	6	P_1K_1	
32	S	4	3	1	5	P_1K_1	
33	L	3	3	1	7	P_1K_1	
34	S	5	3	1	6	P_1K_1	
35	S	4	2	2	7	P_1K_1	
36	S	3	3	1	6	P_1K_1	
37	L	3	3	1	7	P_1K_1	
38	S	5	3	1	6	P_1K_1	
39	L	6	3	1	7	P_1K_1	
40	S	5	3	1	8	P_1K_1	
41	S	4	3	1	7	P_1K_1	
42	S	3	3	1	6	P_1K_1	
43	L	4	3	1	6	P_1K_1	
44	S	5	3	1	7	P_1K_1	
45	S	4	3	1	8	P_1K_1	
46	L	5	3	1	7	P_1K_1	
47	S	4	2	2	7	P_1K_1	
48	S	5	3	1	8	P_1K_1	
49	S	6	3	1	7	P_1K_1	
50	S	7	3	1	8	P_1K_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
51	L	4	3	1	7	P_1K_1	
52	S	5	3	2	6	P_1K_1	
53	S	4	3	1	8	P_1K_1	
54	S	3	3	1	6	P_1K_1	
55	L	5	3	1	8	P_1K_1	
56	S	4	3	1	7	P_1K_1	

Z zestawienia powyższych 56 przypadków mieliśmy 3 przypadki ciężkie, 39 średnich i 14 lekkich. Przeciętnie dokonywano operacji w 4,3 dni po zachorowaniu. Wałek gazowy usuwano w 3 dni po operacji i tylko w razie trwającego podniesienia ciepłoty czyniono to w drugim dniu. Ciepłota opadała w pierwszym dniu po operacji i tylko w 11 przypadkach w drugim, z czego w 2 usunięto wałek w trzecim dniu w 9 pozostałych usunięto w drugim i spadek ciepłoty nastąpił po usunięciu wałka i zastosowaniu leczenia płynem Dakin'a.

Okres oczyszczania się rany trwał przeciętnie w przypadkach ciężkich—5,4, średnich—6,8 i lekkich—6,7 dni. W stosunku do zastosowanego leczenia przy P_2K_2—5,4 przy P_1K_1—6,8 dni. Innych metod poza tem nie stosowaliśmy ze względu na umiejscowienie i charakter sprawy. Wynik odpowiada wynikom poprzednim. Okres oczyszczania się w stosunku do zbyt małego terenu objętego sprawą i do niedużej ilości tkanek obumarłych trwał nieco za długo. Tłumaczy się to jednak tem, iż mamy tu do czynienia z tkankami o większej zbitości, a nietylko z wiotką tkanką łączną.

Powikłań nie mieliśmy żadnych. Okres oczyszczania się w przypadkach ciężkich dał bardzo małą cyfrę — 5,4. Należy tu jednak wprowadzić pewną korektę, gdyż okres przedoperacyjny wynosi tu przeciętnie 6,3 dni, wówczas gdy przeciętnie dla całej tablicy wynosi 4,3.

Ropień — Abscessus.

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
1	S	2	3	1	4	P_1	
2	L	3	2	2	5	P_1	
3	L	5	3	1	6	P_1	
4	S	4	3	1	5	P_1	
5	L	4	3	1	5	P_1	
6	L	3	3	1	7	P_1	
7	L	4	2	1	6	P_1	
8	L	3	3	1	5	P_1	
9	L	4	2	1	4	P_1	
10	S	3	2	1	4	P_1	
11	L	5	3	1	4	P_1	
12	L	5	2	1	5	P_1	
13	L	4	3	1	7	P_1	
14	L	4	2	1	5	P_1	
15	L	5	2	2	7	P_1	
16	L	3	2	1	4	P_1	
17	L	4	2	1	5	P_1	
18	S	5	4	1	4	P_1	
19	S	3	2	3	4	P_1	
20	L	3	3	1	5	P_1	
21	L	3	2	1	6	P_1	
22	L	4	3	1	5	P_1	
23	L	5	3	1	4	P_1	
24	L	3	2	1	4	P_1	

L	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
25	L	3	2	1	7	P_1	
26	S	2	2	1	6	P_1	
27	L	3	2	1	4	P_1	
28	S	4	3	1	5	P_1	
29	L	3	3	1	4	P_1	
30	L	5	3	1	5	P_1	
31	L	4	3	1	5	P_1	
32	L	3	2	1	4	P_1	
33	L	4	3	1	6	P_1	
34	L	5	2	1	5	P_1	
35	L	4	3	1	5	P_1	
36	L	3	3	1	7	P_1	
37	L	4	2	1	6	P_1	
38	L	3	3	1	4	P_1	
39	L	3	3	1	4	P_1	
40	L	4	3	1	5	P_1	
41	L	3	3	1	6	P_1	
42	L	5	2	1	7	P_1	
43	S	2	2	2	5	P_2	
44	L	4	3	1	5	P_1	
45	L	3	3	1	5	P_1	
46	L	4	2	1	4	P_1	
47	L	5	2	1	6	P_1	
48	S	4	3	2	4	P_1	
49	L	3	2	2	5	P_1	
50	L	4	3	1	4	P_1	

L.	Charakter zakażenia	W którym dniu od początku choroby dokonano operacji	W którym dniu po operacji wyjęto wałek gazowy	W którym dniu po operacji ciepłota doszła do normy	Ilość dni samooczyszczania się rany	Zastosowane leczenie	UWAGI
51	L	5	3	1	6	P_1	
52	L	3	3	1	4	P_1	
53	L	4	2	1	5	P_1	
54	L	3	2	1	6	P_1	
55	L	5	3	1	7	P_1	
56	L	4	3	1	4	P_1	
57	L	5	3	1	7	P_1	
58	S	4	2	2	5	P_2	
59	L	3	3	1	6	P_1	
60	L	4	3	1	5	P_1	
61	L	3	3	2	4	P_1	
62	L	5	3	1	4	P_1	
63	L	4	3	1	6	P_1	
64	L	4	2	1	5	P_1	
65	L	3	3	1	6	P_1	
66	S	3	2	2	5	P_2	
67	L	4	3	1	5	P_1	
68	L	3	3	1	6	P_1	
69	L	4	3	1	7	P_1	

A więc na 69 przypadków ropnia nie mieliśmy wcale przypadków o przebiegu ciężkim, o przebiegu średnim było 11 i lekkim 58. Za średnie uważam te, gdzie ropień był dużych rozmiarów, z dużą ilością zmartwiałej tkanki, wywoływał podniesienie ciepłoty, przekraczające 38°, względnie zapalenie naczyń lub gruczołów chłonnych. Takie przypadki, gdzie tych objawów nie było, gdzie wzniesienia ciepłoty nie dochodziły do 38° lub ich wcale nie było, uważam za lekkie.

Operacji dokonywano przeciętnie w 3,7 dni po zachorowaniu. Wałek gazowy usuwano w 2—3 dniu po operacji. Wzniesienia ciepłoty, o ile były, opadały w pierwszym dniu po operacji i tylko w 2 przypadkach w drugim przed usunięciem wałka, w 7 przypadkach w drugim ewentualnie w trzecim, jednak po usunięciu wałka i zastosowaniu przemywań płynem Dakin'a.

Okres oczyszczania się trwał przeciętnie w przypadkach średnich 4,6 i w przypadkach lekkich 5,3 dni. W stosunku do zastosowanego leczenia przy P_2 — 4,7, a przy P_1 — 5,2 dni. Powikłań nie mieliśmy żadnych. I tu wyniki mamy bardzo zbliżone do wyników, otrzymanych poprzednio.

Zestawiłem w tych tablicach 340 przypadków ostrych chorób zakaźnych chirurgicznych części miękkich. Zestawienia te dla wszystkich wymienionych chorób dały jednakowe wyniki i doprowadziły do jednolitych wniosków. Wyniki te i wnioski dokładnie omówiłem przy tablicy ropowic. Pozostają one w mocy i w innych cierpieniach. Nie będę więc ich tu powtarzał, zaznaczę jednak, że aczkolwiek i tu wpływ tego leczenia był wyraźny, nie był on jednak tak wybitny, jak przy leczeniu ran i to ran świeżych, gdzie od samego początku cierpienia mogliśmy go stosować, a nie zaczynać jak tu w 3—6 dniu po zachorowaniu.

Zwyczajem powszechnie praktykowanym kończę tę pracę wnioskami, jakie z niej dają się wyciągnąć:

1) Wojna światowa wprowadziła nas w nowy okres myślenia chirurgicznego — okres biologiczny.

2) Lecząc ranę lub ostrą zakaźną sprawę chirurgiczną, chirurg nie może skierowywać swej myśli tylko na niedopuszczenie nowych zarazków do rany i ewentualne zabicie tych, co się do niej przedostały, lecz musi zdawać sobie sprawę z całokształtu odbywającej się walki ustroju z zakażeniem i jego stanu w danym momencie, ażeby móc przyjść ustrojowi z pomocą w każdej chwili.

3) Okres leczenia konserwatywnego przeszedł do przeszłości. W stosunku do każdej rany zakaźnej powinniśmy występować czynnie, gdyż mamy możność tak walki z zarazkami i ich produktami, jak też wzmocnienia i pokierowania siłami obronnemi ustroju.

4) Débridement, względnie wycięcie całej sprawy zakaźnej, w pierwszych 12—24—36 godzinach po zranieniu uważać należy za zabieg celowy i bezwzględnie wskazany, który powinien być stosowany w każdym odpowiednim przypadku.

5) Przemywanie ran płynem Dakin'a przy szerokiem ich otwar-

ciu skróca okres oczyszczania się rany i broni od następnych powikłań i zacieków.

6) Prócz typowej metody Carrela, płyn Dakin'a może być stosowany w postaci jednokrotnych lub dwukrotnych codziennych obfitych przemywań przy wilgotnych opatrunkach z tego płynu, oraz jednokrotnych lub dwukrotnych ciepłych kąpieli w tym płynie, zastosowanych na ranę lub otwarte ognisko chorobowe. Wyniki nie będą gorsze, aniżeli przy typowej metodzie Carrela.

7) Leczenie bezsączkowe i bezdrenowe w połączeniu z obfitem i energicznem stosowaniem podchlorynu posiada duże uzasadnienie i w tej formie powinno być stosowane. Co do stosowania go w czystej formie Biera należy mieć pewne i to dość duże zastrzeżenia.

8) Należy zaniechać zupełnie stosowania opatrunku z ceratkami na ranę, jako zabiegu szkodliwego z punktu widzenia biologicznego, a uciekać się w razie potrzeby do innych metod termicznych.

9) Każda rana powinna być traktowana indywidualnie, zależnie od stanu walki ustroju z zakażeniem, stanu, który zawsze możemy rozpoznać.

10) Znajdujemy się dopiero w początku ery myślenia biologicznego i dopiero dalsze i usilne badania mogą nam dużo rzeczy wyświetlić i wskazać właściwe i celowe drogi postępowania chirurgiczonego.

Sposób przyrządzania płynu Dakin'a. (Sieramski. Nowoczesne zasady leczenia ran. Str. 23—27).

Płyn, używany do wyjałowienia ran w-g metody Carrel Dakin'a jest 0,45—0,50% rozczynem Natrium hypochlorosum; ponieważ rozczyn tej soli jest chemicznie niestały, należy go przygotowywać co jakieś 2 lub 3 tygodnie.

Dla przygotowania płynu Dakin'a należy mieć następujące środki lekarskie, bardzo tanie i łatwe do otrzymania:

1) Calcaria chlorata — Calcium hypochlorosum, zawierające conajmniej 20% czystego chloru (Cl).

2) Natrium carbonicum siccum anhydricum w proszku; preparat ten powinien być absolutnie bezwodny i nie zawierać najmniejszej ilości ługów.

3) Natrium bicarbonicum anhydricum w proszku.

Z tych trzech soli najniepewniejsza jest Calcium hypochlorosum, traci ona bowiem z czasem swój chlor i przekształca się w Cal-

cium carbonicum pod wpływem kwasu węglowego (CO_2) powietrza. Ilość chloru ma bardzo duże znaczenie, wobec tego należy zawsze przed użyciem wiedzieć procentową zawartość chloru w Calcium hypochlorosum, które mamy do dyspozycji. Daufresne, aptekarz szpitala Carrela w Compiegno, opracował następupujący sposób dozowania chloru pod względem procentowym i odpowiednią tablicę, zawierającą ilości soli potrzebnych do przygotowania płynu Dakin'a przy różnoprocentowym podchlorynie wapnia.

Określenie ilości chloru w podchlorynie wapnia (Calcium hypochlorosum):

przyrządza się rozczyn 20 gramów Calcii hypochlorosi w 1 litrze wody destylowanej i pozostawia się go na kilka godzin, do zupełnego rozpuszczenia się soli. Do 10 cm^3 tego przezroczystego płynu dodaje się 20 cm^3 10% Kalii jodati i 2 cm^3 kwasu solnego lub octowego (acid. hydrochloricum lub acidum aceticum purum). Do preparatu w ten sposób przygotowanego należy wpuszczać po kropli roztwór decynormalny Natrium hyposulfurosum (2,48%) aż do zupełnego odbarwienia. Liczba „n" centymetrów sześciennych zużytego rozczynu Natrium hyposulfurosum, pomnożona 1,775, da nam wagę „N" chloru aktywnego, znajdującego się w 100 gramach Calcium hypochlorosum. Następująca tablica pozwala dobierać ilości soli według zawartości chloru w podchlorynie wapnia. Mając dokładnie określoną wartość chlorową, czyli zawartość chloru w Calcium hypochlorosum, można na zasadzie tej tablicy przystąpić do przygotowania płynu Dakin'a, kierując się liczbami podanemi w tablicy.

Stosunek części składowych płynu Dakin'a w zależności od procentowego stosunku chloru według Daufresne'a:

Procentowa ilość chloru (Cl %) dozowanego w Calcium hypochlorosum	Ilość soli, jaką należy użyć dla przygotowania 10 litrów płynu Dakina t. j. 0,475% rozczynu Natrium hypochlorosum		
	Calcium hypochlorosum	Natrium carbonicum anhydricum	Natrium bicarbonicum
20%	230 gr.	115 gr.	96 gr.
21 „	220 „	110 „	92 „
22 „	210 „	105 „	88 „
23 „	200 „	100 „	84 „
24 „	192 „	96 „	80 „

Procentowa ilość chloru (Cl %) dozowanego w Calcium hypochlorosum	Ilość soli, jaką należy użyć dla przygotowania 10 litrów płynu Dakina t. j. 0,475% rozczynu Natrium hypochlorosum		
	Calcium hypochlorosum	Natrium carbonicum anhydricum	Natrium bicarbonicum
25 %	184 gr.	92 gr.	76 gr.
26 „	177 „	89 „	72 „
27 „	170 „	85 „	70 „
28 „	164 „	82 „	68 „
29 „	159 „	80 „	66 „
30 „	154 „	77 „	64 „
31 „	148 „	74 „	62 „
32 „	144 „	72 „	60 „
33 „	140 „	70 „	59 „
34 „	135 „	68 „	57 „
35 „	132 „	66 „	55 „
36 „	128 „	64 „	53 „
37 „	124 „	62 „	52 „

Dla przykładu weźmiemy chlorek zawierający 20% czystego chloru. Aby przygotować 10 litrów płynu Dakin'a należy użyć: 230 gramów Calcium hypochlorosum 20%, 115 gramów Natrium carbonicum anhydricum, 96 gramów Natrium bicarbonicum anhydricum i mieć do przygotowania płynu 12-u litrowy gąsior (dużą butlę). Do tej dużej butli wlać należy 5 litrów zwyczajnej czystej wody i rozpuścić w niej 230 gramów Calcium hypochlorosum, silnie wstrząsając rozczyn kilkanaście razy; następnie należy pozostawić go w zupełnym spokoju na 12 godzin. W ten sposób chlorek podlega długiej maceracji, niezbędnej do całkowitego działania wody na podchloryn wapnia, znajdujący się często w bryłkach. Dopiero po upływie tego czasu działać można na rozczyn 5 litrami wody, w której zostały zawieszone 115 gramów Natrium carbonicum anhydricum i 96 gramów Natrium bicarbonicum, ten ostatni roztwór przygotowuje się ex tempore. Rozczyn soli sodu wlewa się do 12-u litrowej butli, gdzie było 5 litrów rozczynu podchlorynu, miesza się ener-

gicznie w ciągu 1 minuty i następnie pozostawia się ten zmieszany płyn do całkowitego opadnięcia Calcium carbonicum na dno.

Po 30 minutowem opadaniu węglanu wapna (Calcium carbonicum), płyn z butli odlewa się zapomocą syfonu i filtruje się przez podwójny papierowy filtr; otrzymany w ten sposób płyn powinien być absolutnie przezroczysty — tworzy on ciecz Dakin'a już gotową do użytku. Dla stabilizacji płynu dobrze jest dodać 0,005 gr. Kalii hypermanganici na litr płynu Dakin'a. Natrium hypochlorosum w tym roztworze 0,475% nie jest bardzo stałe, pod wpływem czasu, a przedewszystkiem pod wpływem światła, rozkłada się, tracąc chlor, który jest najważniejszym czynnikiem płynu.

Na zakończenie uważam za swój miły obowiązek wyrazić wdzięczność panu Prof. D-rowi Michejdzie za łaskawe umożliwienie mi korzystania z bibljoteki klinicznej i przeto dokładnego zapoznania się z piśmiennictwem w powyższej sprawie.

Piśmiennictwo.

1) Leśniowski. Podręcznik chirurgji ogólnej, tom II. 2) Leśniowski. Polski przegląd chirurgiczny, tom I, zeszyt IV, referat zjazdowy. 3) Alexander Stieda. Borchard und Schmieder. Die deutsche Chirurgie im Weltkrieg 1914—1918. Zweite Aufgabe 1928. 4) William Johnston. An unusulo Complication of Laporotomy for Gunshol Wound Lancet. 1917 № 4910. 5) Quenu, Tuffier, Faure Routier, Hortman. Soc de chir. Presse medical. 1916 № 30. 6) Desfosses. Le traitment de plaies infectées (Methode Carrel) Presse medical. 1916 № 66. 7) Policard. La plaie de guerre. Paris 1918. 8. Flessinger. Le ferment de leucocytes en physiologie, pathologie et thérapeutique general. Masson ed. 1923. 9) Trinkler. Osnowy sowremiennawo leczenja ran. Gos. izd. Ukrainy r. 1926. 10) Andrew Fullerton. Excision of the Knic-Joint as a Method of Treatment for severe infections. Brit. med. Journal. 1917 № 2917. 11) Krüger. Die Methode des operativen Gelenk-verschlusses bei penetrierenden Verletzungen Münch. med. Wochenschr. 1919 № 8. 12) Sauerbruch. Münch. med. Woch. 1924 № 38. 13) Heinrich. Zentralblatt für Chirur. 1918 № 20. 14) Tuffier. A propos de la technique de la methode A. Carrel. Presse medical. 1916 № 72. 15) Br. Szerszyński. Sprawy proteolityczne w ropie w świetle badań chemicznych. Polski Przegląd Chirurg. Tom III, zeszyt 3 r. 1924. 16) Adolf Ritter. Wie wirkt die Dakin-lösung auf das Wundgewebe. Münch. med. Woch. 1918 № 52. 17) Douglas, Fleming Colebrook. Studies of Woundinfections Lancet. 1916 № 4910. 18) Herman Kehl. Über die Nath frischer Amputations und Gelenk-wunden nach Schussverletzungen. Münch. med. Woch. 1918 № 30. 19) Tuffier. Soc de chir. Presse medic. 1917 № 16. 20) Almroth Wrigt (Londres). VI Congrés de la Societé internationalle de Chirurgie Londres 17—30 Juiliet 1923. Journal de Chirurgie Septembre 1923. 21) Stephan. Zentralblatt für Chir. 1918 № 21. 22) Mor-

genroth. Ziele und Wege d. Chemotherapeutischen Antisepsis. Klin. Woch. 1922 № 8. 23) Słowcow. Schiema izuczenja chimiczeskaho immunitieta. Archiw Klinicz. Ekspierim. Med. 1922, kniga I, str. 86. 24) Bier. Beobachtungen über Regeneration beim Menschen. Deutsche med. Woch. 1917 NrNr. 23, 27, 28, 29. 30, 33, 34, 36, 40, 46, 47, 48, 1918 NrNr. 9 i 10. 25) Bier. Regeneration und Narbenbildung in offenen Wunden die Gewebelücken aufweisen. Berliner. Klin. Woch. 1917 № 9 i 10. 26) Eden. Ueber die Vorgänge der Entzündung und ihre Behandlung in Bilde der physikalischen Chemie. 27) Fischer M. H. Das Oedem. Dresden 1910. 28) Fisher. Oedem, als neuest ausfürliche Darstellung New Jork 1921. 29) Borany, Bier, Hildebrand. Kausch. Kriegstärtzliche Alembe. Berlin 11/XII 1917 und 15/I 1918. Deutsche med. Wochenschr. 1918 № 6. 30) Alexis Carrel, Dehelly et Dumas. La fermeture secondaire des plaies de guerre. Academie de Medicine Presse médical 1916 № 2. 31) Schede. Offene Wundbehandlung eiterenden Wunden. Deutsche Zeitschr. für Chir. 1915 Bd. 233 S. 617. 32) Campbel and Woolfenden. A Record of Gunshot Woundssof the Knic Joint Lancet. 1917 Nr. 4902. 33) Dosquet. Offene oder klimatische Wundbehandlung. Deut. med. Woch. 1916 Nr. 12. 34) Fründ. Beitrüge z. Klin. Chirur. Bd. 114. 1919. 35) Blanc, Jean i Pozerski. Sur les ferments protéolytiques de quelques anaerobies pathologénes Cpt. rend. Soc. Biol. T. 83. Nr. 23 str. 1315 i T. 83 Nr. 30 str. 1343. 36) Andrew Fullerton. Excision of the Knic-Joint as a Method of Treatment for severe infections. Brit-med. Journal 1918 Nr. 3. 37) Klapp. Ueber Fortschritte in der Behandlung des Empyems und der Gonorrhöe der Geleuke. Zentrallblatt f. chir. 1922 Nr. 32. 38) Zolton v. Berzsnyi. Zentralblatt f. Chir. 1924 Nr. 7. 39) Duval. Presse méd. 1917 Nr. 42. 40) Vincent. Presse méd. 1917 Nr. 43. 41) Braun. Die offene Wundbehandlung. Beitrage zur Klinischen Chirurgie. Bd. 98 H. 1. 1915 42. Braun. Die Verbandlose Wundbehandlung in der Friedenschirurgie. Deutsch med. Wochenschrift. 1921 Nr. 17. 43) Ernst Michaelis. Berichte aus den Lazaretten unserer Feinde. Münch. med. Woch. 1919 Nr. 52. 44) Blumenthal. Zentralblatt für Klin. Chir. 1924 Nr. 29. 42) Blumenthal. Zur Bakteriologie der eiterenden Wunden. Zentralblatt für Chirur. 1924 Nr. 34. 46) Bory. Les phénoménes de destruction cellulaire Masson ed 1922. 47) Rosenthal u. Patai. Ueber [proteolische Aktivität von Streptokokken-Staphylokokken und Coli-Kulturen. Zentralblatt f. Bakteriologie. 48) M. Preobrażenskij. Fiziczeskaja antiseptika pri leczenji ran. Pietierburg 1894. 49) Żukow. Wraczebnoje Obozrienje Nr. 4 str. 171 r. 1923. 50) Kaufmann. Frankfurter Zeitschrift f. Patologie. Bd. 24 Heft 2 1920. 51) Abderhalden. Handbuch biologichen Arbeitsmethoden Abt. XIII L. 2 S. 1. 52) Sachs. Über Bereitungen zwischen physikalisch chemischer Konstitution und Biologie d. Blutserums. Koloidalzeitschrift 1919 t. 24 str. 113. 53) Katzenstein. Immunisierte mit Antikörper geladene Hautlappen Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 15 p. 310 1917. 54) Morwedel. Zentralblatt f. Chirurgie. 1919 Nr. 18. 55) Picque, Auvaray Duval. Soc. de Chir. Presse médic. 1917 Nr. 57. 56) James Phillips. On the closure of war Wonuds on Home Hospitals Loncet. 1917 Nr. 4910. 57) Chaput. Soc. de Chir. Presse méd. 1917 Nr. 43. 58) Gray. Early treatment of Gunshot Wonds of the Knic Joint Brit. med. Journ. 1917 Nr. 2957. 59) Lyn Dimand and Robert Mc. Quen. The Carrel Dakin Treatment and a Method for its application on an extensive scale .Brit. med. Journal. 1917 Nr. 2960. 60) Otto Blass. Zwei Jahre Rivanol.

Deutsche med. Woch. 1924 Nr. 37. 61) Wolter Bock. Rivanol in der Chirurgie Deutsche med. Woch. 1924 Nr. 37. 62) Krassing. Von der anaeroben infection der Schusswunden. Archiv für Klinisch Chirurgie. Bd. 112 Hf. 1 1919. 63) Tomaszewicz. O ranach oraz ich leczeniu. Łódź 1927. 64) Fissinger et P. L. Marie. Le ferment protéolitique des leucocytes dans les exudats. Soc. de Biolog. 29/V 1909. 65) Lambling. Precis de biochimie. Paris 1921. 66) E. Melchior und Rosetthal. Münch. med. Woch. 1920. 67) Rossle, Schade. Verhandlungen d. pathol. Gesellschaft z. Gottingen. Klin. Wochen. 1923 Nr. 26. 68) Nötrel. Verhandlung d. Deutschen Geselschaft f. Chir. 1899. 69) Laquer. Zeitschrift f. experimentelle Pathologie und Therapie. 1925. Bd. 1, 70) Hamburger. Virchow Arch. s. 1556 1899. 71) Iselin. Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 48 1920. 72) Adamkiewicz. Deutsche med. Wochenschrift. 1912 Nr. 7. 73) Kopsch. Deut. med. Wochenschr. 1921 Nr. 12. 74) Kausch. Deut. med. Wochenschr. 1922 Nr. 38 s. 1276. 75) Bier. Beobachtungen über Knochenregeneration. Arch. f., Klin. Chirurgie. Bd. 100 H. 1. 76) Szaak. Niekotoryje zadaczi chirurgji w świati s woprosom o regenieracji. Wiestnik Chir. t. I kn. 2 str. 132, 1922. 77) Szaak. Wraczebnoje dieło rok 1924 Nr. 6 str. 294. 78) Schubert. Zentralbl. f. Chir. 1923 Nr. 3. 79) Blumental. Russkij Archiw t. 4 ks 1 str. 34. 80) Conférences chirurgicales interalliées. Presse méd. 1917 Nr. 63. 81) Conradi und Bieling. Ueber Gasbrand und seine Ursachen. Berlin. Klin. Woch. Nr 19 1917. 82) Rowe. On the Carrel Dakin Doufresne treatment. Brit. med. Journal 1917 Nr. 2960. 83) Le Grand. Soc. de Chir. Presse médic. 1917 Nr. 35 i 36. 84) Edmund and Weir Galbraith. Gunshot injuries to the Knic Joint. Brit. medic. Journal. 1915 Nr. 2917. 85) Rouvillais Basset Guillome. Louis et Pedeprade. Societe de Chirur. Presse méd. 1917 Nr. 9 et Nr. 43. 86) Frank Cook. Gunshot Wounds of Joints their Patologie and Treatment Lancet. 1917 Nr. 4889. 87) Bruns. Zur Wundbehandlung im Kriege. Beitrag z. Klin. Chir. Bd. 98 H. 1 1915. 88) Ullrich. Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 116 H. 4 1919. 89) Haertel. Der luftabschliessende Verband. Deut. med. Wochenschrift 1918 Nr. 15. 90) Stephan. Zentralblatt f. Chirur. 1918 Nr. 21. 91) Laewen und Hesse. Bakterienbefunde bei frischen Kriegsschussverletzungen und ihre klinische Bedeutung. Münch. med. Woch. 1916 Nr. 19. 92) Kriegschirurgen Tagung zu Brüssel 11—12 Februar 1818. Zentrbl. f. Chirg. 1918 Nr. 12. 93) Rejter. Studien zur Frage der Wundinfektion im Kriege. Arch. f. klin. Chirur. Bd. 112 H. 1 1919. 94) Jochmann. Zur Bedeutung der proteolytischen Leukocytenfermentes für die patologische Physiologie. Virchows Archiw Bd. 194 Nr. 2. 95) Opie Eh. and Bertha Barker. Enzymes of tuberculous tissue Journ, of exp. Med. T. X str. 645. 96) Mestrerat et M. Romme. L'azote de proteolyse de l'exsudat des plaies dans les rapports avec les sutures secondaires S. de Bio[. T. 81 str. 1147. 97) Lemaitre. Press e médical. 1917 Nr. 25. 98) Lorenz Boelher. Münch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 20. 99) Wolther Tuffier. Soc. de chir. Presse médic. 1817 Nr. 43. 100) Guleke. Zentralblatt f. Chir. 1916 Nr. 8. 101) Posner und Langer. Die chirurgische Versorgung frischer Granatverletzungen. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 111 H. 2 1919. 102) Gross. Soc. de chir. Presse médical. 1917 Nr. 40 i 58. 103) Schoene. Arch. f. klin. chir. Bd. 113 H. 1, 2 1919—1920. 104) Pozzi. Soc. de chir. Presse méd. 1917 Nr. 58. 105) Roedelius. Münch. med. Woch. 1917 Nr. 47. 106) Boit. Zblatt f. chir. 1918 Nr. 8. 107) Früad. Beitrage z. klinlsche chir. Bd. 114 H. 1 1918.

108) Picot. Trente observations de fractures diaphysaries suturées. Societe de chir. Presse médic. 1917 Nr. 58. 109) Mennenga. Zentralblatt f. chirur. 1918 Nr. 12. 110) Schoenbauer und Brunner. Arch. f. klin. chir. Bd. 115 H. 3. 111) Chalier et Faure. Soc. de chirur. Presse médic. 1917 Nr. 3. 112) Fraenkel. Deutsch. med. Woch. 1918 Nr. 1. 113) Foisy. Soc. de chir. Presse méd. 1917 Nr. 12. 114) Bousch. Arch. f. klin. Chir. Bd. 109 H. 1 1917. 115) Barnsby. Soc. de chir. Presse méd. 1917 Nr. 10. 116) Propping. Über die Behandlung der Kniegelenkschüsse. Arch. f. klin. Chirur. Bd. 111 H. 3. 1919. 117) Strauss. Zblatt für Chir. 1818 Nr. 5. 118) Hufschmidt und Eckert. Beitr. zur Klin. Chir. Bd. 106 H. 3. 1917. 119) Lagoutte. De la transformation primitive en fractures fermées des fractures ouverts causées par blessures de guerre. Soc. de chir. Presse méd. 1917 Nr. 42. 120) Henry Brown. Empyema Thoracis. Annals of surgery. April 1923. 121) Gregoire. Soc. de chir. Presse médic. 1917 Nr. 12. 122) Heitz Boger. Presse méd. 1917 Nr. 30. 123) Klose. Zblatt f. chir. 1916. 124) Mondor. La plaie de genou. Zblatt f. chir. 1923 Nr. 18. 125) William L. Keller. The treatment of chronic Empyema. Annals of Surgery. Nowember 1922. 126) Kellock. A Method of applying antiseptics to the deeper parts of Wounds Laucet. 1917 Nr. 4905. 127) Manclaire. Soc de chir. Presse médic. 1917 Nr. 15. 128) Jocelin Swan. The treatment of Gunshot Wounds of the injuries of the Sholder and Elbow-joints early excision to secure mobility Lancet. 1917 Nr. 4884. 129) Antony Bowbly and Cutberth Wollace. The developement of Britisch surgery at the front. Brit. med. Journal 1917 Nr. 2994. 130) Barnsby. Soc. de chir. Presse médic, 1917 Nr. 3. 131) Carl Eggers. Chronic Empyema. Annals of surgery. Februar 1923. 132) Mühsam und Hillejon. Ueber Rivanol-behendlung. Zblatt f. chir. 1924 Nr. 29. 133) Depage et Vanderveld. Soc. de chir. Presse méd. 1917 Nr. 13. 134) Zimmermann. Zentralblatt f. Chirur. Nr. 5. 135) Agier et Tanton. Soc. de chirur. Presse médic. Nr. 32. 136) Mousell Moullin. The treatment of Gunshot Wounds of the Elbow Joint. Aplea for Primary Excision. Brit. med. Jornal 1917 Nr. 2966. 137) George J. Heuer. Empyema of the pleural cavity Annals of surgery. December 1923. 138) Silbrecht. Deutsche med. Woch. 1922 Nr. 15. 139) Katzenstein und Schultz. Klinische Woch. 1922 Nr. 11. 140) Walter Bock. Deutsche med. Woch. 1924 Nr. 37. 141) Mocquot et Monod. Soc. de chir. Presse médic. 1917 Nr. 21. 142) Doblertin. Münch. med. Woch. 1921 Nr. 14. 143) Joachim Finger. Erfahrungen in der antiseptischen Behandlung infizierter Wunden. Münch. med. Woch. 1921 Nr. 21. 144) Sencert. Soc. de chir. Presse médic. 1917 Nr. 18. 145) Nowak. Zur Behandlung der Kniegelenkschusse Arch. f. klin. chirur. Bd. 110 H. 3, 4. 1918. 146) Straub. Das Problem d. physiologischen Salzlösung im Teorie und Praxis. Deut. medic. Woch. 1920 s. 249. 147) Clowes Fresbi. Amer. Jornal of Physiology. 1905 V—XIV.

Dr. JÓZEFAT BOHUSZEWICZ
de la Section chirurgicale a l'Hôpital militaire de Wilno.

Sur le traitement des blessures accidentelles et des cas chirurgicaux aigus et infectieaux.

Résumé.

L'auteur donne l'histoire du développement de ce traitement du temps d'avantguerre et des années de la guerre mondiale. Il traite de la pathologie de la blessure et des récentes méthodes du traitement. Il se prononce pour le débridement, la thérapie chimique par le liquide de Dakine d'après la méthode de Carrell de même que par sa propre méthode baseé sur des pansements ordinaires a laide du bassinage ou de bains chauds de ce liquide. Par conséquent, l'auteur se présente partisan du traitement sans tuyau de drainage. L'auteur appuie ces déductions sur des expériences personnelles faites pendant la guerre mondiale. Il expose les exemples de traitement, d'après cette même méthode, des cas aigus, inféctieux, pendant deux ans de pratique chirurgicale a l'hôpital militaire.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
(Dyrektor Prof. Dr. *K. Michejda*).

Dr. SERGJUSZ MAŁOFIEJEW asystent kliniki.

Wskazania do amputacji w sprawach ropnych kończyn.

(Streszczenie wykładu, wygłoszonego na posiedzeniu Wil. Tow. Lek.) *).

W klinice chirurgicznej U. S. B. przeprowadzono na materjale, składającym się z 18 przypadków, badania zasadniczych objawów, towarzyszących sprawom zapalnym kończyn. Badania te miały na celu ustalenie zespołu objawów, upoważniającego do radykalnego postępowania operacyjnego, to jest do odjęcia kończyny.

Z 18 przypadków 16 stanowiły ropne sprawy kończyn dolnych; z nich w dwóch przypadkach chodziło o rozległe ropowice uda i pod-

*) Praca w całości drukowana będzie w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym.

udzia, w 14 przypadkach o ropne pierwotne lub wtórne zajęcie stawu kolanowego. Dwa dalsze przypadki, jako kontrolne, dotyczyły ogólnych przewlekłych spraw ropnych i służyły do celów porównawczych przy ustaleniu granicy wytrzymałości ustroju.

Badanie bakterjologiczne wykazało w trzech przypadkach obecność paciorkowca, w trzech gronkowca żółtego, w pozostałych przypadkach chodziło o zakażenie mieszane.

Z 16 chorych kończyn 5 uległo amputacji, 2 razy z wynikiem smiertelnym, 3 razy z wynikiem pomyślnym. Z chorych nieamputowanych żaden nie zmarł w klinice, jeden z tych chorych jednakże został zabrany przez rodzinę w stanie beznadziejnym.

Amputację poprzedził w niektórych wypadkach szereg zabiegów, mających na celu opanowanie ogniska miejscowego.

Przedmiotem badania był przedewszystkiem ten okres choroby, w którym ważyły się losy zarówno chorej kończyny, jak i życia chorego.

Analiza objawów klinicznych dała następujące wyniki:

I. G o r ą c z k a występowała u obserwowanych chorych w czterech postaciach:

a) jako gorączka niska z wahaniami od $1-1^{1}/_{2}$ stopnia dochodząca do 38,5, z rzadkiemi skokami do 39;

b) gorączka wysoka do 39 i wyżej z wahaniami do jednego stopnia;

c) gorączka do 39 stopni i wyżej jednakże z wahaniami do 2 i $2^{1}/_{2}$ stopnia, zwykle w połączeniu ze złym stanem ogólnym;

d) gorączka o krzywej nieregularnej, dochodząca do 40 stopni przy wahaniach dochodzących do 3 stopni.

Ponadto zauważono w stanach głębokiego uszkodzenia mięśnia sercowego znaczną różnicę pomiędzy ciepłotą, mierzoną pod pachą i w odbycie (do 2 stopni).

II. S t a n s e r c a i u k ł a d u n a c z y n i o w e g o badano zapomocą krzywej tętna i krzywej ciśnienia krwi, którego spadek jest wyraźnym objawem niedomogi serca. Próba S t a n g e'g o dawała wyniki równoległe do krzywej tętna. Bezpośrednie opukiwanie i osłuchiwanie serca pozwalało stwierdzać organiczne uszkodzenie tego narządu.

III. Z a k r z e p y ż y l n e w zakresie chorej kończyny występowały dość często i były nietylko niepomyślnym objawem zaburzenia w układzie krążenia, lecz i źródłem bezpośredniego niebezpieczeństwa miejscowego (thrombophlebitis septica).

IV. Stan krwi badano zapomocą oznaczania leukocytozy, liczby ciałek czerwonych i zawartości Hb. Spadek leukocytozy przy złym stanie ogólnym był objawem wysoce niepokojącym, podobnie jak zmniejszenie ilości ciałek czerwonych i zawartości Hb.

V. Stan wątroby badano zapomocą jej obmacywania i obserwacji żółtaczki.

Oznaczanie zawartości cholesteryny we krwi (metodą kolorymetryczną) nie dawało pewnych wyników. W stanach ciężkich stwierdzano normalny poziom cholesteryny.

VI. Zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego (w postaci biegunek) obserwowano rzadko; znaczenie ich jest duże, o ile objaw ten nie ma charakteru przejściowego.

VII. Powiększenie śledziony obserwowano często, w przypadkach śmiertelnych zawsze.

VIII. Stan nerek badano oznaczaniem dobowej ilości moczu, jego koncentracji i składników. Stwierdzono znaczną zależność dobowej ilości moczu od ciśnienia krwi. Białkomocz na ocenę stanu ogólnego chorego wpływał bardzo niekorzystnie.

XI. Miejscowy wygląd rany był wiernem odbiciem stanu ogólnego.

X. Zaburzenia psychiczne w ocenie stanu ogólnego w toku spraw septycznych miały bardzo doniosłe znaczenie, jeżeli występowały, jako nagła a trwała zmiana usposobienia.

Na podstawie oceny znaczenia powyższych objawów starano się dać odpowiedź na następujące pytania:

I. Czy w przypadkach amputowanych, zakończonych śmiertelnie, amputacja, wcześniej dokonana, mogła ocalić życie chorego. Przegląd krytyczny kart chorych tego typu pozwala dać twierdzącą odpowiedź na to pytanie.

II. Czy w przypadkach nieamputowanych a zakończonych śmiertelnie, amputacja, wykonana we właściwym czasie, mogłaby zapobiec zejściu śmiertelnemu? Na podstawie historji choroby jednego chorego i na to pytanie należy odpowiedzieć twierdząco.

III. Czy przypadki amputowane, zakończone pomyślnie, nie nasuwają podejrzenia, że może amputacji dokonano niepotrzebnie — analiza trzech historji chorób na to pytanie daje odpowiedź przeczącą.

Na podkreślenie zasługuje fakt że 10 chorych nieamputowanych skończyło się zupełnie pomyślnie pomimo bardzo ciężkiego przebiegu choroby.

Analiza objawów obserwowanych uchroniła nas od wykonania

amputacji, do której byliśmy skłonni, nie mając podstaw objektywnych do oceny stanu miejscowego i ogólnego.

IV. Czy na podstawie powyższych objawów w przebiegu spraw ropnych tak często spotykanych, da się ustalić chwilę, którą można byłoby uważać za krytyczną w tem znaczeniu, że amputacja staje się zabiegiem koniecznym dla uratowania chorego. Odpowiedź na to pytanie nie może być dana w postaci zwykłego zaprzeczenia lub potwierdzenia z tego powodu, że zespół objawów mogących być wskazaniem do zabiegu radykalnego przeważnie jest zmienny, natomiast można ustalić pewien typ zespołu, do którego dopuścić nie należy, gdyż jego osiągnięcie daje bardzo słabe widoki wyzdrowienia.

Na typ ten składają się:

1) Temperatura wysoka, nieregularna, powikłana dreszczami i potami z dużą różnicą pomiędzy ciepłotą pod pachą a kiszką stolcową, z dużemi remisjami.

2) Tętno o wzrastającej liczbie uderzeń, arytmiczne, przy opadającem ciśnieniu krwi (Stange 10). Tony serca głuche, wzgl. szmery skurczowe.

3) Stan krwi — szybko postępujący spadek liczby ciałek białych i czerwonych oraz % Hb.

4) Wzrastająca oligurja, białkomocz.

5) Żółtaczka, powiększenie i bolesność wątroby.

6) Biegunka.

7) Powiększenie i bolesność śledziony.

8) Złe samopoczucie, wzgl. zaburzenia psychiczne.

7) Zły stan miejscowy (wygląd rany, zakrzepy żylne, krwotoki wtórne i postępowanie sprawy).

Gdy na tle objawów zasadniczych i stale spostrzeganych (temp., tętno, stan krwi i moczu) wystąpią jeszcze niektóre z powyższych objawów niestałych, to wskazanie do pośpiesznego usunięcia ogniska pierwotnego staje się, naszem zdaniem, bezwzględne.

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Wilno.
Direktor Prof. Dr. *K. Michejda.*

Dr. S. MAŁOFIEJEW Assistent der Klinik,

Die Indikation zu einer Amputation bei eitrigen Processen der Extremitäten.

Zusammenfassung.

Auf Grund einer Untersuchung der fundamentalen, allgemeinen und lokalen Symptome einer Infektion der Extremität bei 18 Kranken der Chirurgischen Universitätsklinik in Wilno sucht Verfasser einen Symptomenkomplex aufzustellen, welcher die Indikation zu einem radikalen Vorgehen, d. i. zu einer Amputation bilden dürfte. Die kritische Betrachtung der beobachteten Fälle führte zu dem Schluss, dass bei einer Unmöglichkeit der Bekämpfung der lokalen Infektion einige, die progrediente Infektion konstant begleitenden Störungen im Bereiche der Temperatur, des Pulses, der Blutzusammensetzung, des Blutdruckes und der Harnsekretion, in Verbindung mit anderen, inkonstant sich hinzugesellenden Symptomen (Albuminurie, Ikterus, Durchfälle, psychische Störungen, Venenthrombosen, sekundäre Blutungen), die absolute Indikation zu einer Amputation bilden. Die Amputation ist aber schon zu erwägen in einer Zeit, wo noch keiner von den inkonstanten Symptomen aufgetreten ist, jedoch bei entsprechendem lokalen Zustand die obgenannten allgemeinen Hauptsymptome eine ständige Verschlechterung des Allgemeinzustandes beweisen.

OCENY.

Dr. Med. Eugenjusz Iszora. *Praktyczny podręcznik odżywiania dzieci.* „Wydawnictwo rocznych kursów pielęgnowania i wychowania dzieci w Wilnie", pod redakcją prof. dr. Wacława Jasińskiego. Skład główny: Gebethner i S-ka 1931, str. 184, rycin 15.

Na półkach księgarskich ukazał się niedawno bardzo pożądany „Praktyczny podręcznik odżywiania dzieci", d-ra Eugenjusza Iszory.

Podręcznik podaje na wstępie teoretyczne podstawy ogólne odżywiania, następnie omawia szczegółowo technikę odżywiania niemowląt piersią matki w pierwszem półroczu życia, dalej sztuczne odżywianie niemowląt, karmienie mieszane, odżywianie niemowląt w drugiem półroczu, a wreszcie kuchnię niemowlęcia z dokładnemi przepisami przygotowania potraw dla dzieci. Praca uzupełniona jest dodatkiem o mieszankach leczniczych, napisanym przez d-ra B. Żabko-Potopowicza.

Doskonale pomyślana i dokładnie opracowana książka oparta jest na naukowych podstawach według nowoczesnych pojęć o odżywianiu. Uwzględnia ona naukę o witaminach i zasady obliczania pożywienia zarówno dawnym sposobem kalorymetrycznym jak i systemem Pirqueta, przyjętym obecnie w trzech polskich klinikach pedjatrycznych.

Bardzo szczegółowe opracowanie techniki karmienia piersią podkreśla istotną wartość tej sprawy. Rozdział o karmieniu sztucznem, zwłaszcza o nowoczesnej kuchni niemowlęcia w drugiem półroczu życia podaje szczegółowe wiadomości, które wcale jeszcze nie są ogólnie znane.

Powyższe wartości książki upoważniają do twierdzenia, że znajdzie ona szerokie zastosowanie, jako podręcznik nietylko dla matek i pielęgniarek, ale też i dla studentów i lekarzy.

Forma zewnętrzna książki nie pozostawia nic do życzenia. Ryciny odpowiadają dobrze treści i przyczyniają się do jej zrozumienia.

D-r Zofja Michejdzina.

D-r M. Girszowicz. *Jak żyć i odżywiać się potrzeba aby zachować zdrowie.* Praktyczne wskazówki higjeniczne z podaniem 103 przepisów kulinarnych zdrowych potraw. Wilno—1930. Księgarnia Kazimierza Rutskiego.

Książka D-ra Girszowicza ma na celu spopularyzowanie ważniejszych danych z higjeny odżywiania i z zakresu higjeny osobistej.

Autor wywiązał się ze swego zadania rzetelnie: podał sporo wiadomości o ujemnych stronach współczesnego odżywiania, omówił dość wyczerpująco sprawę odżywiania bardziej racjonalnego, poświęcił dużo uwagi poszczególnym produktom, sprawie witamin, jarstwu i, jak to autor nazywa, „surówce“, t. j. odżywianiu się produktami surowemi; poza tem przedstawił pokrótce pewne kwestje aktualne, jak np. równowaga zasadowo-kwasowa, sprawa konserw; nie pominął sprawy stosowania soli kuchennej oraz innych używek aż do alkoholu włącznie. Bardzo dobrze zostały przedstawione wymagania higjeny jedzenia, poprzedzone wzmianką o konieczności zachowywania czystości w sporządzaniu i przechowywaniu pokarmów; poza tem został podany rozkład dzienny posiłków, omówiono strawność i przyswajalność pokarmów, krótko i dobitnie sformułowano szereg wymagań higjeny osobistej, na zakończenie podano przepisy sporządzania potraw i umieszczono poglądową tablicę (schematyczny rysunek) narządów trawienia. Czyta się dziełko łatwo, a jego szata zewnętrzna nie pozostawia wiele do życzenia.

Z obowiązku recenzenta nie mogę ograniczyć się jedynie do wykazania zalet książki D-ra Girszowicza, są bowiem tu i usterki. Do nich zaliczyłbym przedewszystkiem pewne nie usystematyzowanie dość obfitego materjału w rozdziale 1-ym, a jednocześnie nierzadkie odchylanie się od tematów, zakreślonych w podtytułach (tak zw. tytulikach). Utrudnia to nieprzygotowanemu czytelnikowi orjentowanie się, rozważania zaś i objaśnienia autora tracą nieco na przejrzystości. Na str. 8 np. po wstępnych uwagach o nieprawidłowem odżywianiu się, znajdujemy tytulik „Odżywianie podczas ciąży“. Autor jakby chce wyjaśnić na przykładzie, na czem polega odżywianie racjonalne i jakie skutki może pociągnąć za sobą nieprawidłowe żywienie się. Czytelnik, który dotąd jeszcze nie wie, dlaczego pewien rodzaj odżywiania się ma być wogóle nieodpowiedni, inny zaś dobry, łatwo może wysnuć błędny wniosek, mianowicie, że w okresie ciąży pokarm powinien składać się przeważnie z jarzyn, owoców, orzechów i migdałów. Mimowoli powstać u niego może refleksja, że przecież u nas przynajmniej produkty te, z wyjątkiem jarzyn, wcale nie są tanie, dla wielu, jako *gros* żywienia, wprost niedostępne, a więc w okresie ciąży dla wielu kobiet racjonalnego pożywienia niema, dzieci zaś, zrodzone w tych warunkach, są skazane, jeśli nie na śmierć, to co najmniej na chorobę.

Nie mogę również zgodzić się z autorem na ujęcie pewnych kwestyj. O rosołach np. (mówiąc ściślej o buljonach mięsnych) autor

wypowiada zdanie: „rosoły zasługują wogóle na wykluczenie ze zdrowej kuchni“ (str. 24), a przedtem na str. 13 stwierdza: „...szkodliwy wpływ dla ustroju rosołów, zawierających po wygotowaniu wszystkie sole, które w wypadku, gdyby zwierzę nie zostało zabite, byłyby wydalone z jego ustroju z moczem, jako produkty szkodliwe“. Czyż tu chodzi o sole szkodliwe? Rosół, zdaniem autora, „niewiele się różni od moczu“. Czytelnik więc został przekonany, że rosół jest szkodliwy dla zdrowia; tymczasem, zapewne ku swemu zdumieniu, znajdzie na str. 37 w „zdrowotnych przepisach kulinarnych“ na pierwszem miejscu przepis rosołu mięsnego. Ze zdaniem, wypowiedzianem na samym początku (str. 7 u dołu), również nie mógłbym się zgodzić: „Im bardziej współczesne odżywianie przypomina odżywianie człowieka pierwotnego, które polegało na używaniu dużej ilości jarzyn i owoców, możliwie niegotowanych, tem pożyteczniejszem jest ono dla człowieka zdrowego“. Coprawda, autor na str. 28 krytykuje to zdanie, przytaczając opinję prof. Noorden'a o „surówce", niemniej przeto u czytelnika takie ścieranie się zdań może spowodować pewną dezorjentację.

Z innych usterek na wzmiankę zasługują usterki językowe. Wskażę oczywiście tylko na niektóre, bardziej charakterystyczne A więc: w tytule razi wadliwy szyk wyrazów; „odżywianie się nadmierne“ nie jest „łakomstwem“, lecz obżarstwem (str. 7); „w tym względzie“ zamiast pod tym względem (str. 8 i 11); „otrębie“ zamiast „otręby“ (str. 18); w kilku miejscach—„przy chorobie“, „przy temperaturze“ zamiast w chorobie, w temperaturze; dość częste posługiwanie się narzędnikiem zamiast pierwszego przypadku „potrzeba odżywiania się u danej osoby jest mniej więcej stałą“ zamiast stała (str. 11); „Wszelka bowiem krańcowość w tym względzie jest szkodliwą“ zamiast szkodliwa (str. 11) i t. d. i t. d. Na str. 15 powyżej podtytułu „Jaja“ w wierszu czwartym od dołu — „powinne“ zamiast powinny. Wyraz „wypadek“ zamiast przypadek—(str. 8 i 20).

Nie będę dalej mnożył przykładów, tembardziej, że te usterki należą przeważnie do bardzo rozpowszechnionych. Mamy nadzieję, że w następnych dziełkach autora, których zapowiedź czytamy na str. 4, usterki te już się nie powtórzą.

Dziełko D-ra M. Girszowicza stanowi pożyteczną lekturę dla czytelników, pragnących dowiedzieć się o odżywianiu i wartości pokarmów czegoś więcej, niż to daje doświadczenie życia codziennego. Księgarni p. Rutskiego należy się uznanie za wydanie pożytecznej książki. *A. Safarewicz.*

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 13.III 1930.

(Z przyczyn od Redakcji niezależnych protokół ten nie został w swoim czasie podany).

Przewodniczący *prof. J. Szmurło*, obecnych—16 członków i 23 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Na członków Tow. wybrano jednogłośnie D-rów *Michała Gojdzia* i *Władysława Łobzę*.

3. Przewodniczący odczytuje odezwę Towarzystwa Tatrzańskiego o przyłączeniu się do apelu instytucyj naukowych w obronie Funduszu Kultury Narodowej.

4. Prof. *Michejda* pokazuje chorą po wycięciu żołądka z powodu wrzodu i inną chorą, operowaną z powodu raka; ostatnia przed operacją była tak wyczerpana, że nie mogła nawet stać; obecnie po 6-iu tygodniach waga wynosi 36 kg, rana jest zupełnie wygojona.

5. Dr. *Dylewski* pokazuje przypadek niemoty przy zachowanym słuchu wskutek niedostatecznej uwagi i niedorozwoju pamięci słuchowej, poza tem przypadki bełkotania rodzinnego.

Dr. *Czarnecki* pyta, czy w rodzinie bełkocących są jeszcze inne zaburzenia?

Dr. *Trzeciak* pyta o prognozę i leczenie.

Dr. *Dylewski* w odpowiedzi stwierdza, że w rodzinie bełkocących zaburzeń innych niema, leczenie postępuje powolnie, natomiast w przypadku niemoty wynik leczenia wykazuje szybką poprawę, a prognoza jest dobra.

6. Dr. *de-Rosset* wygłasza odczyt pod tyt.: *Myelosis funicularis* a choroba Biermer'a.

W dyskusji prof. *Władyczko* zaznacza, że zna ten przypadek, tak szczegółowo opracowany przez prelegenta. Były tu objawy właściwe dla *sclerosis later.*, jak również i dla *tabes dorsualis*. Łączność pomiędzy kliniką neurolog. a wewn. powinna być ścisła, dużo bowiem przypadków wymaga narad wspólnych internisty i neurologa. Co do patogenezy, to w koncepcji Hersta istnieje jakoby specjalna infekcja, którą niszczy kwas solny żołądka; w achylji infekcja ta przedostaje się do narządów krwiotwórczych i powoduje objawy choroby Biermer'a, a poza tem — do słupów tylnych i bocznych, skutkiem czego występuje *myelosis funicularis*. Co do wieku, to choroba najczęściej występuje po latach 40, trwa przeciętnie około lat 5. Mozaikę objawów nerwowych można

objaśnić lokalizacją zmian pierwotnych — mogą wystąpić objawy tabetyczne lub objawy *sclerosis lateralis*. Prognoza jest zła. Co do przypadków wyzdrowienia po terapji zapomocą wątroby, to zapewne są to przypadki porażenia polineurytycznego bez zmian anatomicznych w rdzeniu. W objawach psychicznych niema nic charakterystycznego dla choroby Biermer'a, wszystko tu zależy od konstytucji chorego. Co do badania płynu mózgowo-rdzeniowego, to dotychczas żadnych zmian nie stwierdzono. W różnicowaniu trzeba niekiedy mieć na uwadze *sclerosis multiplex*, ale tu odruchy brzuszne są zawsze prawie zniesione. W *tabes dorsualis* badanie płynu mózgowo-rdzeniowego przesądza sprawę; w guzach rdzenia — dokładne badanie zwłaszcza czucia, decyduje tu próba lipoidalna.

Dr. *Wirszubski* podkreśla rzadkość przypadków choroby Biermer'a. Raz tylko spostrzegał przypadek tego cierpienia. Sprawę tę omawiał Curschmann na ostatnim zjeździe neurologów niemieckich. Zaburzenia nerwowe i objawy ze strony krwi nie są jednoczesne. Curschmann twierdził, że terapja zapomocą wątroby zawiodła, poleca on natomiast stosowanie środków, podnoszących ciepłotę ciała, poza tem wakcynoterapję. Co do tytułu odczytu, zespół taki jest problematyczny; chodzi tu o zajęcie torów tylnych i bocznych.

Dr. *Świda* zapytuje o łamliwość czerwonych ciałek i ich odporność na roztwory soli w tem cierpieniu.

Prof. *Januszkiewicz* uważa, że I klinice wewnętrznej należy się wielkie podziękowanie za zwrócenie uwagi na tak rzadką postać, z którą trzeba zaznajamiać ogół lekarzy. Przypadki niedokrwistości Biermer'a są dość częste, jednak łączność z zaburzeniami odruchów jest bardzo rzadka. Podane przez prelegenta statystyki tego cierpienia bez wątpienia były stworzone przez neurologów, którzy dokładnie potrafili ustalić i sprecyzować obraz choroby. Objaw *myelosis* nie jest objawem stałym tego zespołu. Zależy to prawdopodobnie od pewnej czasem dość silnej odpowiedzi rdzenia na czynniki chorobowe. Tak się ma np. z kiłą — duża liczba chorych nie ma objawów *tabes*, gdyż widocznie ich tkanka nerwowa jest b. odporna na zarazek kiły. Nazwa *myelosis* nie jest odpowiednia, gdyż oznacza to zapalenie szpiku lub jego hyperplazję. Właściwszą nazwą byłoby *myelitis* lub *funiculosis med.* spinalis.

Prof. *Szmurło* wspomina o objawach ze strony języka. Od czasów Hipokratesa objawy ze strony języka były uważane za objawy, towarzyszące często cierpieniom żołądka. Uwzględnienie należyte stanu gardła i jamy ustnej posiada doniosłe znaczenie. Zachodzić muszą w tem cierpieniu głębokie zmiany w wydzielaniu śliny. Co do *WR*, to

czy w danym przypadku było dokonane właściwe badanie płynu mózgowo-rdzeniowego? Choroba jest zbiorem objawów ze strony rozmaitych narządów. Prawdopodobnie chodzi tu o jakieś zatrucie. Ciekawe jest, jaką drogą powstaje zakażenie, jakie i gdzie zachodzą zmiany anatomiczne, jaki jest chemizm krwi?

Prof. *Jakowicki* dodaje, że jeżeli chodzi o *tabes*, to objawu Argyll-Robertson'a w cierpieniu Biermer'a niema. Cierpienie to powstaje czasem na tle niedokrwistości wtórnej, np. w zimnicy.

Dr. *de-Rosset* w odpowiedzi zaznacza, że niewiadoma jest przyczyna powstawania achylji i objawów ze strony języka. Nazwa *myelosis* jest najprostsza z szeregu innych nazw i najbardziej odpowiada istocie cierpienia. Co do odporności krwinek, klinika nie posiada tyle materjału, by można było snuć jakiekolwiek wnioski. Na odczyn *WR* płynu mózgowo-rdzeniowego nie badano. Piśmiennictwo odnośne podaje, że w chorobie Biermer'a jeżeli we krwi *WR* wypada ujemnie, to również wypada ujemnie ten odczyn i w płynie mózgowo-rdzeniowym. Prelegent opuścił szczegółowe dane o anatomji patologicznej tego cierpienia ze względu na brak czasu; dane te w referacie pisanym są obszernie przytoczone.

Prof. *Orłowski* zaznacza, że odczyt jest podany w skróceniu znacznem. Celem pracy tej była chęć zwrócenia uwagi na podobne przypadki, w piśmiennictwie bowiem polskiem o tem mówi się b. mało. Dotąd w obcem piśmiennictwie sprawę tę ujmowano z punktu widzenia neurologicznego; tutaj zaś chodziło o podkreślenie pewnych punktów, jak np. achylia gastrica, która nabiera tu specjalnego znaczenia.

Dr. Wąsowski.

Posiedzenie naukowe z dnia 15.X 1930 r.

Przewodniczy prof. *Szmurło*, obecnych członków 10, gości 12.

Przewodniczący podaje wiadomość o śmierci członka Tow-wa ś. p. D-ra Dembowskiego, zasłużonego lekarza; zebranie uczciło pamięć zmarłego przez powstanie. Potem przewodniczący wita w gronie T-wa obecnego prof. Feliksa Malinowskiego.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu poprzedniego posiedzenia, doc. *Wąsowski* wygłosił referat p. t. „Rola układu współczulnego w powstawaniu odruchu cieplnego błędnika" (drukowana w Pam. Wil. Tow. Lek. z. VI, str. 407).

Prof. *Szmurło* wygłosił przemówienie w sprawie szerzenia się w Polsce twardzieli, ze specjalnem uwzględnieniem Wileńszczyzny.

Zaznajamiając zebranych z objawami tego cierpienia i jego obrazem anat.-patologicznym, oraz podając metody leczenia, prelegent zwraca się z apelem do ogółu lekarzy, by zajęli się sprawą twardzieli, pomagali w walce z nią przez wyeliminowanie podejrzanych przypadków i kierowania ich do specjalistów.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. *Wąsowski.*

Posiedzenie naukowe z dn. 12.XI 1930 r.

Przewodniczy prof. *J. Szmurło.* Obecnych 24 członków T-wa oraz 31 gości.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. *Prof. F. Malinowski* (Dyrektor Kliniki Chorób skór. i wenerycz. U. S. B.): *O leczeniu gruźlicy skóry zapomocą bezsolnej djety Gersona i Sauerbrucha.* Od połowy zeszłego roku wielkie zaciekawienie wywołała w sferach lekarskich metoda djetetyczna Gersona. Gerson zauważył, że wstrzymaniu się wydzielenia chlorków w moczu towarzyszy złe samopoczucie. Zwrócił on również uwagę, że tkanki schorzałe gruźlicze i nowotworowe są bogate w chlorek sodu, a ubogie w wapno i w sole alkaliczno-żelaziste, w fosforany, siarczany i krzemiany; zapoczątkował więc w pewnych schorzeniach nerwowych, a później w raku i gruźlicy leczenie djetetyczno-mineralne, polegające na usuwaniu soli kuchennej i pokarmów słonych, a podawaniu tych soli, których ilość w tkankach gruźliczych i rakowatych jest najbardziej ograniczona. Tę grupę soli nazwał on *mineralogenem.* Pierwotne leczenie djetetyczne, poza zupełnym zakazem soli, obejmowało też zakaz używania mięsa, a zalecało odżywianie jarzynami i owocami surowemi lub mało gotowanemi. Gerson, stosując taką djetę, otrzymał dobre wyniki w leczeniu chorych na wilka i na zewnętrzną gruźlicę z przetokami.

Sauerbruch, prof. kliniki chirurg. w Monachjum i jego asystent Hermansdorfer, już przedtem zauważyli, że pod wpływem głodu, a więc zakwaszania ustroju, owrzodzenia lepiej się goją, niż w normalnych warunkach. Stwierdzili oni, że djeta zakwaszająca zmniejsza w owrzodzeniach ilość wydzieliny, ziarnina szybko wzrasta i ożywia się, ilość bakterji zmniejsza się i następuje szybkie zabliźnianie owrzodzeń.

Djeta alkalizująca działała wprost przeciwnie: ziarnina staje się szklistą, napęczniałą, wydzielina zwiększa się, staje się mazistą, cuchnącą; zwiększa się zarazem znacznie liczba drobnoustrojów.

W myśl tej zasady S. i H. zmienili djetę Gersona, starając się zakwasić ustrój i otrzymali jeszcze lepsze wyniki w gruźlicy skóry i wogóle części miękkich, a także kości. Zarazem zauważono, że djeta Gerson — Sauerbruch — Hermansdorfera zmienia odczyn schorzałego ustroju, uczula go, pobudza jego hormony, czyniąc je czynnemi. Nie tylko odczyn hormonalny, ale też chemiczny i fizykalny wzrasta: spostrzeżono silniejsze rezultaty po zadziałaniu słońca górskiego, lampy kwarcowej, promieni Roentgena, swoistych i nieswoistych leków, szczególniej u chorych na kiłę.

Nasuwa się pytanie, czy istotnie djeta Gerson-Sauerbrucha może zakwasić tkanki.

Reakcja aktualna ustroju mało się różni od istotnej reakcji wody, PH ustroju waha się bowiem w granicach 7,1 — 7,8. Reakcja istotna krwi normalnie jest bardzo słabo alkaliczna: PH krwi tętniczej = 7,42; PH krwi żylnej = 7,4 (0,04 mg CO_2 na litr krwi).

Krew żylna jest więc kwaśniejsza od krwi tętniczej. W warunkach codziennych reakcję tę stara się zmienić przedewszystkiem pokarm: djeta mięsna zawiera zwykle więcej walorów kwasowych, niż djeta jarska, która zawiera więcej walorów zasadowych. PH krwi po djecie mięsnej = 7,33, a nawet mniej, zaś po djecie jarskiej = 7,42. Zważymy jednak na obecność we krwi rezerw alkalicznych i na obecność tamponów albo moderatorów, które utrudniają zmianę aktualnej reakcji krwi. PH krwi jest regulowana stosunkiem $CO_2 : NaHCO_3$ (rezerwy alkalicznej). Jeżeli powiększymy w $\frac{CO_2}{NaHCO_3}$ licznik lub zmniejszymy mianownik, uzyskujemy przesunięcie PH w kierunku kwasicowym; zmniejszając licznik lub zwiększając mianownik, przesuwamy PH w kierunku zasadowym. W terapji łatwiej wpływać na mianownik. Zwiększenie rezerwy alkalicznej $NaHCO_3$ możemy uzyskać, wprowadzając do ustroju. Natr. bicarb. lub sole sodowe kwasów organicznych, ulegających łatwo spaleniu. Zmniejszenie rezerwy alkalicznej otrzymujemy, wprowadzając do ustroju duże dawki kwasów mineralnych lub chlorku amonowego. Szczególniej silnie działa $Ca\ Cl_2$, jako antagonista sodu, wywołując kwasicę. Jednak sprowadzić PH krwi nawet do reakcji neutralnej PH=7 nie jesteśmy w stanie. Przeciwstawia nam się, regulując PH, działanie wydzielnicze nerek i płuc, a głównie czynność układu krążenia; zmniejszenie PH wywołuje wzrost ciśnienia krwi, przyśpieszenie obiegu krwi i rozszerzenie naczyń obwodowych, ma to na celu usunięcie z ustroju nadmiernej ilości CO_2.

PH=7,2 do 7,1 już może spowodować śmierć. Jednak nawet nieznaczne, lecz ciągłe zmniejszanie PH w kierunku od 7,4 do 7,2

powoduje wytwarzanie się w tkankach stanu, zbliżonego do stanu zapalnego (i do sztucznie naśladującej go metody Biera). On to wpływa na uruchomienie czynników odpornościowych i aktywniejszej czynności ochronnej tkanek.

Dodamy, że w djecie Gerson-Sauerbrucha, oprócz ciągłego działania w kierunku zakwaszania ustroju, podajemy również dużą ilość witamin, łatwo więc pojąć jej dobroczynny wpływ na zajęte przez sprawę gruźliczą tkanki i na cały ustrój.

Liczni badacze stwierdzili działanie dodatnie djety Gerson-Sauerbrucha szczególnie na owrzodzenia gruźlicze, a następnie na suche wykwity wilka i częściowo na sprawy płucne n. p. Bommer opublikował z Zakładu Jesionka rezultaty wyleczenia w 150 przypadkach wilka, Clairmont z Zurychu w wielu przypadkach chirurgicznej gruźlicy, Schiller z Bonn—w stu kilkudziesięciu przypadkach gruźlicy kostnej i skórnej i t. p.

Mniej dodatnio o tej metodzie wyrażają się Westphal, Vulpius, Bettman, a nawet Wigand, Schlessinger, Gmelin, Pfeffer, Stern, Müller, Gettkant i inni odmawiają jej jakiegokolwiek znaczenia. Wobec takiej rozbieżności zdań zaczęliśmy stosować na naszej klinice u chorych na gruźlicę skóry bezsolną djetę i wynikami dotychczasowych doświadczeń dzielimy się obecnie.

3. *Dr M. Mienicki* przedstawia z Kliniki Dermatologicznej U. S. B. dwóch chorych z rozpływną gruźlicą skóry, leczonych metodą Gerson-Sauberbuch'a od maja b. r.:

Przypadek 1-szy dotyczy chorego Stanisława S., lat 22; zmiany chorobowe powstały przed 16-tu laty. W chwili zgłoszenia się istniały rozległe owrzodzenia w okolicy szyi mostka i żuchwy; owrzodzenia te częściowo pokryte były miękkiemi strupami z obfitą ropno-szklistą wydzieliną. Dookoła skóra sino-czerwona, miejscami zbliznowaciała wskutek zmian wstecznych. Sąsiednie gruczoly chłonne tworzą ruchome pakiety. B. W. —: Pirquet dodatni; waga chorego w dniu 3.V — 60,8. Chory był poprzednio leczony środkami zewnętrznemi, oraz kilkakrotnie był naświetlany promien. Roentgena. Po zastosowaniu djety bezsolnej zmiany chorobowe w ciągu $4^1/_2$ miesięcy ustąpiły zupełnie; polepszenie następowało powoli lecz stale i obecnie pozostały jedynie blizny nie przerosłe, t. j. zadawalniające w sensie kosmetycznym. Podkreślić należy, że i ogólny stan chorego znacznie się poprawił — choremu przybyło na wadze 17 klg. 200 gr., waży obecnie 78 kg.

Przypadek 2-gi—chory Konstanty B., lat 16, stan chorobowy trwał 7 lat; przy zgłoszeniu się chorego do Kliniki (9.V—1930) widać było

rozległe zmiany w postaci wiotkich, wyniosłych, ropiejących owrzodzeń w okolicy szyi, mostka pod prawą pachą, na grzbietowej powierzchni prawej górnej kończyny, a także w okolicy pachwiny prawej i ścięgna Achillesa; ponadto istnieje bliznowe przykurczenie zewnętrznego brzegu dolnej powieki prawej do brzegu oczodołu. Waga chorego w dniu 9.V 37.880. B.W.—; Pirquet dodatni. Chory poprzednio prawie się nie leczył. Zastosowanie bezsolnej djety doprowadziło do tego, że w ciągu $4^1/_2$ miesięcy zmiany chorobowe w zupełności się cofnęły; obecnie pozostały tylko blizny nieszpecące i chory z powodu odciągnięcia powieki ma się poddać operacji w Klinice ocznej. Poprawa w ogólnym stanie wybitna: choremu przybyło na wadze 11,400 kg., waży obecnie 49,200 kg.

Dr. Mienicki przedstawia jednocześnie fotografje chorych w dniu przybycia do Kliniki i w chwili obecnej.

4. *Dr. E. Sawicki* przedstawia z Kliniki Dermatologicznej U.S.B. 2 przypadki, leczone również djetą bezsolną. Przypadek 1-szy dotyczy 18-letniej chorej Sary L., z bardzo rozległemi zmianami wilka na kończynach dolnych, pośladkach i tułowiu i mniejszemi ogniskami na górnej lewej kończynie, nad obojczykiem, w okolicy małżowiny i na uwłosionej powierzchni głowy.

Podkreślić należy, iż umiejscowienie wilka na tułowiu, szczególnie zaś na głowie, spotyka się rzadko — nawet wówczas, kiedy zmiany toczniowe obejmują skórę całej twarzy.

Sprawa chorobowa rozpoczęła się u pacjentki w 1-m roku życia. Leczona była z przerwami w ciągu 17 lat bez poprawy; przeciwnie nawet, ogniska tocznia szerzyły się, dochodząc do rozmiarów nie często spotykanych.

Leczenie tak rozległych zmian wilka zwykłemi metodami jest z góry przesądzone — co też pobudziło nas do wprowadzenia w Klinice djety bezsolnej i zastosowania jej po raz pierwszy właśnie u tej chorej.

Krótki przebieg leczenia przedstawia się w sposób następujący: ogniska wrzodziejące w kilka dni po zastosowaniu djety bezsolnej narazie rozszerzają się, jednakowoż już po upływie 3—4 tygodni pokrywają się strupem. Mniej więcej po 10 tygodn. powstaje w tem miejscu blizna. O wiele powolniej odbywa się wchłanianie guziczków wilka. Po kilku tygodniach następuje łuszczenie, rozpoczynające się w częściach środkowych ogniska. Trwa ono kilka tygodni. Następnie guziczki wilkowe wsysają się, pozostawiając po sobie blizny. W ciągu 7 miesięcy stosowania djety bezsolnej i stałego cofania się objawów, zano-

towaliśmy jednak 2-krotne pogorszenie w postaci tworzenia się świeżych guziczków toczniowych na obwodzie starych ognisk, oraz nowego niedużego ogniska między łopatkami. Ze względu na powolne postępowanie poprawy, jak również z powodu nawrotów u chorej, zastosowaliśmy przed 2 mies. jako środek pomocniczy metodę Jaczewskiego, polegającą na zastrzykiwaniu domięśniowem 10 cm^3 tranu z nalewką jodową w stosunku 5%. Obecnie chora otrzymała 4 takie injekcje w odstępach 2 tygodniowych. Mimo tego dodatkowego leczenia stwierdziliśmy po 2-gim już zastrzyku tworzenie się nowych guziczków wilka. W przeciwieństwie więc do b. zachęcających wyników, jakie otrzymaliśmy w gruźlicy rozpływnej, efekt leczniczy djety bezsolnej w danym przypadku okazał się znacznie słabszy, mimo, iż chora leczona była w ciągu 9 mies. Zaznaczyć jednak trzeba, iż przypadek demonstrowany należy do bardzo ciężkich i pod względem wyleczenia dotychczasowemi metodami jest beznadziejny. Stosując zaś djetę bezsolną otrzymaliśmy znaczną poprawę i zupełne cofnięcie się zmian chorobowych na głowie, całkowite wessanie się guziczków na dużych przestrzeniach oraz połowiczne, częściowe na obwodzie ognisk tocznia.

Poza tem polepszyło się samopoczucie chorej oraz powiększyła się waga ciała, której przybyło w ciągu $9^1/_2$ mies.—7 kg.

Przypadek 2-gi. 23-letnia chora Marja H. zgłosiła się do Kliniki z owrzodzeniem gruźliczem w okolicy prawej kości skroniowej z przetoką, drążącą do zewnętrznego kąta oka. Sprawa chorobowa rozpoczęła się u pacjentki przed 5-ciu laty. Od 19 dni stosujemy djetę bezsolną. Oprócz zmniejszenia się nacieku i wydzieliny ropnej, większej poprawy nie stwierdza się ze względu na zbyt krótki okres obserwacji. Chora będzie demonstrowana powtórnie.

5. *Dr. S. Fedosewicz* demonstruje chorego Edmunda P., lat 10-u, który przybył do Kliniki Dermatologicznej U. S. B. dnia 9.X 1930 r., podając, że przed 4-ma miesiącami zjawił się niebolesny sinawy guz po stronie wyprostnej lewego ramienia. Po 3-ch tygodniach trwania guz ten pękł, wydzielając dużo ropy i dotychczas to miejsce nie goi się.

Chory wątłej budowy ciała. Dziedzicznie nie obarczony. Gruczoły chłonne podszczękowe, szyjne, łokciowe, pachowe wyczuwalne. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdza się. Na stronie wyprostnej obwodowej części lewego ramienia widoczne są dwie nieduże przetoki z owrzodziałemi otworkami, wielkości wiśni i ziarna grochu. Większy otwór ma brzegi nierówne, poszarpane, nieco wzniesione, podminowane, zaczerwienione, trochę ziarninujące. Przy ucisku z głębi otworu wydobywa się szarawa, rzadka ropna wydzielina, w mier-

nej ilości, skóra dokoła przetok na przestrzeni pięciozłotówki i więcej czerwono-sinawa, niebolesna, ruchoma, nacieczona.

Zdjęcie roentgenowskie zmian chorobowych w kości nie wykazuje. Przy zgłębnikowaniu przetok nie stwierdza się charakterystycznych szorstkości, natomiast przetoki prowadzą prawie do okostnej. Rozbiór moczu nie wykazuje składników patologicznych. Odczyn R. W. we krwi ujemny. Odczyn Pirqueta wyraźnie dodatni.

W dniu 21.X 1930 choremu zastosowano djetę bezsolną. Waga 28,3 kg. Aczkolwiek upłynęły zaledwie 3 tygodnie od czasu zastosowania djety bezsolnej, jednak już można zauważyć pewną poprawę w stanie chorego. W miejscu przetok utworzyło się obecnie owrzodzenie, kształtu nieprawidłowego, wielkości grosza. Nacieczenie dokoła owrzodzenia zmniejszyło się, ilość wydzieliny ropnej maleje, granulacje są żywsze, przetoki zarastają. Waga chorego narazie spadła o 1,3 kg. Choremu bardzo trudno przystosować się do djety. Demonstruje się go ze względu na to, ażeby pokazać w rozmaitych okresach leczenia stopniowy efekt terapeutyczny djety bezsolnej.

6. D-r *E. Sawicki* demonstruje z Kliniki Dermatologicznej U.S.B. bardzo rzadki przypadek choroby skórnej, opisany po raz pierwszy w 1906 roku pod nazwą *Poykilodermia atrophicans*. Dotychczas opublikowano zaledwie 40 tego rodzaju przypadków.

Chory w wieku 60 lat podaje, iż pierwsze objawy zauważył przed 6-ciu laty: sprawa rozpoczęła się swędzeniem skóry i następowem pojawianiem się czerwonych plam przedewszystkiem na kończynach dolnych i górnych, które bardzo powoli rozszerzały się. W ciągu kilku lat zmiany chorobowe rozszerzyły się na cały tułów i częściowo na głowę. Przed półtora rokiem chory zauważył zjawianie się na skórze ciemnych plam różnej wielkości.

Obecnie stwierdzamy, zwłaszcza na kończynach górnych i dolnych, w mniejszym stopniu na tułowiu tarczki nacieczone, barwy żywo różowej, wielkości od ziarnka soczewicy do dłoni dziecka, lekko złuszczające się. Prócz tych zmian, które uważamy za pierwotne, widoczne są, przeważnie na skórze kończyn, ogniska w okresie zmian wstecznych: skóra w stanie słabego zaniku, przyczem na obwodzie zaczynają występować zmiany barwikowe.

Skóra tułowia przedstawia obraz pstry, wskutek zlania się ognisk świeżych i bardziej starych. Obok normalnej skóry spotykamy ogniska zanikowe, plamy barwikowe oraz tarczki żywo różowe. Poza tem skóra, pokrywająca wszystkie chorobowo zmienione ogniska, jest ścieńczała, bibułkowata, wszędzie jednak jest przesuwalna i nigdzie nie jest wyraźnie sklerotyczna.

Co do patogenezy danego schorzenia, to nie jest ona wyjaśniona. Szereg autorów dopatruje się czynnika etjologicznego w chorobach takich, jak kiła, gruźlica, ostre zakażenie i t. p. Obecnie większość skłania się ku temu, iż mamy tu do czynienia z pewnemi zaburzeniami w wydzielaniu gruczolów dokrewnych.

Choremu, który leczy się ambulatoryjnie, wykonano narazie badanie krwi na odczyn Wassermanna, które dało wynik ujemny, badanie w kierunku zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych metodą interferometryczną, które nie wykazało odchyleń od stanu normalnego. Odczyn Pirqueta wypadł słabo dodatnio. (Strzeszczenia własne).

Dyskusja: Prof. *J. Szmurło* — uważa, iż w przypadkach pomyślnego leczenia rozlanej gruźlicy skóry u chorych, którym zastosowano djetę bezsolną Gerson-Sauerbruch'a, prócz czynnika—zupełnego usunięcia z pokarmu soli kuchennej i wybitnego zmniejszenia podawania mięsa, doszukiwać się należy jeszcze i innych momentów, ponieważ obserwacje życia codziennego, dotyczące sposobu odżywiania się przeważnej części ludności wiejskiej, albo odżywiania się ludności czasu wojny, kiedy to racje żywnościowe zawierają niewielkie ilości mięsa, a nieraz i soli kuchennej, nietylko nie przemawiają za zmniejszeniem się przypadków zapadalności na gruźlicę, a przeciwnie stwierdzają częstokroć jej szerzenie się. To samo dotyczy również i wagi ciała, której przyrost był wprost imponujący u chorych na djecie bezsolnej. Obserwacje, idące w tym kierunku, byłyby nie bez znaczenia w przypadkach gruźlicy płuc, krtani i t. p.

D-r *B. Hanusowicz*, opierając się na przypadkach podanych w piśmiennictwie stwierdza, iż podawanie tranu znacznie przyśpiesza proces zabliźnienia u chorych na gruźlicę skóry.

D-r *Lidzki* zapytuje o szczegóły techniczne przyrządzania potraw bez soli, m. in. czy chleb, również musi być wypiekany bez soli oraz o sposobie reagowania chorych na taką djetę.

Prof. *Malinowski*. W odpowiedzi przedmówcom stwierdza, iż wyniki dotychczasowe są naogół lepsze od otrzymanych po stosowaniu innych metod. Stosowanie djety Gerson—Sauerbruch—Hermansdorfera w obecnych warunkach nie jest trudne: dajemy mięso, tłuszcze, chleb i jarzyny, przyrządzone bez soli, specjalnie podług przepisu oryginalnego wybrane, dodając przytem fosfor i wapno. Chorzy początkowo znoszą tę djetę z trudem, a nawet starają się niekiedy jej uniknąć, z czasem przywykają do niej, jedzą chętnie i zaczyna im szybko przybywać na wadze.

Dotychczasowe wyniki już do pewnego stopnia pozwalają na wy-

snuwanie wniosków. Gdy ilość doświadczeń będzie znacznie większa, wtedy wnioski skonkretyzowane jeszcze raz będą podane do wiadomości.

7. Dr. *Cz Ryll-Nardzewski* referuje przypadek kiły leczonej dużemi dawkami neosalvarsanu.

Chory lat 38, podoficer zawodowy. Przebyte choroby: w dzieciństwie ospa i płonica (?); w roku 1915 dur brzuszny, w roku 1916 dur plamisty, w roku 1917 zapalenie płuc. W roku 1919 owrzodzenie na narządach płciowych, z którem wówczas do lekarza nie zgłaszał się. W roku bieżącym, po stwierdzeniu dwukrotnem, że OBW (++++) w. dodatni, udał się do jednego z lekarzy praktykujących, który jako pierwszą dawkę zastosował 0,9 neosalwarsanu: te same dawki były powtarzane i chory otrzymał 9,0 neosalvarsanu; (10 wlewań à 0,9). Powyższe dane zostały potwierdzone na pismie przez lekarza. Biorąc pod uwagę wiek chorego, przebyte choroby i prawdopodobnie długi okres istnienia kiły utajonej, a także możliwości uszkodzeń po tak energicznem leczeniu przyjęliśmy chorego w stan chorych szpitalnych.

Badanie na poszczególnych oddziałach wykazało:

OBW (—) ujemny, mocz bez zmian patologicznych, rozbiór cytologiczny krwi — bez znaczniejszych odchyleń. Ze strony narządów wewnętrznych, zmiany zagęszczeniowe w prawym szczycie, znaczne powiększenie gruczołów wnękowych i upośledzenie ruchomości dolnej granicy płuc. Aortitis luetica i myocarditis.

Roentgen: cień obu wnęk płuc intensywny z pojedyńczemi drobnemi zwapnieniami. Łuk aorty i lewy przedsionek znacznie rozszerzony i tętniący. Prócz tego stwierdzono, że źrenice są nierównomierne i na światło reagują bardzo leniwie.

W wyniku przeprowadzonych przez nas w danym przypadku badań i na zasadzie istniejących i ogólnie przyjętych poglądów co do patologji i terapji kiły, w szczególności neosalvarsanem, prelegent dochodzi do wniosku, że nawet we wczesnej kile u osobników młodych, przy ogólnym dobrym stanie zdrowia, ogół syfilidologów takich dawek nie stosuje. Nawet zwolennicy dużych dawek rozpoczynają leczenie od dawek znacznie mniejszych, mając na uwadze, że tolerancja na As. jest zmienna i nie daje się przewidzieć. Poza tem wszyscy uznają ograniczenie wysokości dawek w przypadkach schorzeń narządów wewnętrznych (serce, aorta), jak również w układzie nerwowym; zwłaszcza trzeba to mieć na względzie w kile istniejącej i nie leczonej w ciągu szeregu lat. Ponadto referent obszernie omawia istniejące poglądy

o stosowaniu neosalvarsanu, a w szczególności o uszkodzeniu po nim, przytacza statystyki śmiertelności po NS, oraz uchwały z poszczególnych kongresów. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Prof. *F. Malinowski* stwierdza, że chociaż chory przechodził dur brzuszny i plamisty, które mogły wpłynąć ujemnie na mięsień sercowy, jednak wysokie dawki Novarsenobensolu, należy przypuszczać, miały w danym przypadku wpływ ujemny na serce; wiemy bowiem, że arszenik i fosfor w dużych dawkach wywołują *degeneratio parenchymatosa*.

Stosowanie wysokich dawek 914 jest poza tem zupełnie zbyteczne, gdyż arsenobensol nie daje *sterilisatio magna* ustroju w myśl Ehrlicha a dla wywołania silniejszego działania przeciwciał wystarczą i małe dawki.

8. D-r *Wł. Krotow* (I Klin. Chor. Wewnętrznych U. S. B.) omawia przypadek choroby Brodiego, demonstrując jednocześnie liczne rentgenogramy, dotyczące tego przypadku. (Streszczenia nie nadesłano).

Dyskusja: Prof. *Z. Orłowski* uważał za stosowne poddać omówieniu przypadek ze względów dydaktyczno-djagnostycznych. Chory, o którym mowa, był w swoim czasie skierowany przez lekarza do zdrojowiska na kurację kąpielową, co było bezwarunkowo przeciwskazane.

Przebieg choroby u omawianego chorego jest klasyczny—istnieją okresy, kiedy chory czuje się zupełnie dobrze, zaś w jesieni i na wiosnę notuje się nawroty. Chory będzie poddany operacji.

D-r *A. Zalewski* zapytuje, na jakiej podstawie wykluczono gruźlicę stawów, o której należałoby myśleć, wobec istnienia procesu w szczycie oraz wrzecionowatego kształtu stawu bolącego.

Prof. *Z. Orłowski* — gruźlicę stawu wykluczono na podstawie charakterystycznego obrazu roentgenowskiego dla choroby Brodiego oraz braku jakichkolwiek objawów klinicznych, któreby przemawiały za gruźlicą.

D-r *Wł. Krotow* — Brodio przed 100 laty opisał szczegółowo zmiany anatomo-patologiczne w tem cierpieniu stwierdzane i jakkolwiek istnieje wiele cech zewnętrznych wspólnych z gruźlicą stawów, jednak *osteosclerosis* jest obrazem charakterystycznym dla choroby Brodiego.

9. D-r *L. Rostkowski*—wygłosił—„Zasady planu zwalczania jaglicy w woj. Wileńskiem i początki jego realizacji". (Streszczenia brak).

E. Czarnecki.

Posiedzenie naukowe z dnia 26.XI 1930 r.

Przewodniczący prof. *J. Szmurło*. Obecnych 21 członków T-wa oraz 12 gości.

1. Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. *A. Libo* demonstruje i omawia przypadek dużego kamienia migdałka (pokaz chorego i migdałka). Chory, mężczyzna 55 lat, zjawił się ze skargami na bóle gardła. Stwierdzono anginę Plaut-Vincenti. Po 6 tygodniach zgłosił się z ponownemi bólami gardła i wówczas stwierdzono w lewym migdałku obecność dużego kamienia, który wydobyto tępemi haczykami. Kamień wagi 10,5, wielkość 3 × 2½ × 2 cmt.

Przypadek należy do rzadkich; w piśmiennictwie doby powojennej udało się znaleść tylko 5 przypadków kamieni migdałka wagi od 5,5 do 22,0. W jednym przypadku rozpoznano ropień migdałka i dopiero cięcie wykryło kamień, w drugim zaś przypadku rozpoznano *neoplasma malignum*, lecz próbne wycięcie wykryło obecność dużego kamienia. (Streszczenie własne).

3. Prof. *J. Szmurło*—demonstruje kość o wymiarach 2 cm×1 cm, wydobytą z oskrzela II rzędu prawej strony.

Chora zgłosiła się do kliniki w dwa tygodnie po przedostaniu się kości do dróg oddechowych, uskarżając się na ból w klatce piersiowej na wysokości między I a II żebrem lewej strony i zaznaczając jednocześnie, że kaszel, który powstał bezpośrednio po aspirowaniu kości i trwał następnie kilka dni, ustał po pewnym czasie zupełnie.

Bronchoskopja nie wykazała żadnych zmian lewego oskrzela, zaś z prawej strony pozwoliła na stwierdzenie obcego ciała, które swym tępym i grubym końcem zwrócone było ku dołowi. Kość usunięto, chora w dobrym stanie wróciła do domu.

4. Dr. *S. Małofiejew* wygłasza—Wskazania do amputacji w sprawach ropnych kończyn (drukowane w skróceniu w Pam. Wil. T-wa Lek. z. VI, str. 490).

Dyskusja: Dr. *A. de Rosset* uważa, iż metoda Stangego, której używał referent do badania stanu czynnościowego serca, jako nie dająca rękojmi zupełnego objektywizmu, powinna być zastąpiona przez metody, w których moment subjektywnego ujęcia wyników przez badającego mógłby być możliwie wyeliminowany, jak to się notuje np. w sposobie badania sprawności mięśnia sercowego metodą Kaufmanna, oraz podkreśla, iż mając na względzie stany leukocytozy w sprawach

ropnych nie dość jest zadowolić się określeniem ilościowych stosunków białych ciałek krwi, jak to uczynił prelegent, lecz prócz tego należy analizować charakter i strukturę poszczególnych postaci leukocytów.

Prof. *K. Michejda* — będąc zwolennikiem, o ile ku temu istnieją wszystkie wskazania, możliwie rychłej amputacji kończyn w sprawach ropnych, uważa, że w czasie wojny światowej konserwatyzm chirurgiczny w pewnych szpitalach w podobnych przypadkach był posunięty zbyt daleko.

Dr. *Małofiejew* — do oznaczenia stanu czynnościowego serca posługiwał się metodami najbardziej uproszczonemi, albowiem często już sam stan chorych nie pozwalał na stosowanie metod bardziej skomplikowanych.

Posługując się metodą ilościowego oznaczania różnych postaci białych ciałek krwi, miał na względzie większą pewność co do otrzymywanych wyników, w porównaniu z tem, co się obserwuje przy uwzględnieniu jakościowego charakteru poszczególnych leukocytów w procesach ropnych.

5. Dr. *A. Malinowski* wygłasza — Przypadek morfinizmu (przeznaczono do druku).

Dyskusja: Dr. *A. de Rosset* mówi o przypadku morfinizmu dotyczącym lekarza, który swoje przeżycia utrwalił na piśmie. Chory był leczony przez mówcę sposobem stopniowego zmniejszania dawek narkotyku, przyczem udało się zmniejszyć ilość morfiny z 0,4 do 0,03 *pro die*. Nastąpiły jednak w tym czasie objawy głodu morfinowego w postaci dość gwałtownych zaburzeń psychomotorycznych, chory musiał opuścić klinikę.

Efekt leczniczy trwał niedługo, gdyż następnego dnia po wyjściu z kliniki, chory „użył" sobie, zastrzykując swoją poprzednią dawkę morfiny.

Dr. *A. Malinowski* — zna wynurzenia lekarza-morfinisty, o którym mowa, uważa przytem, że w pracy tej jest dużo pierwiastków histerycznych, zaciemniających nieraz sprawę, co jest głównie wynikiem tego, że pisał o swych przeżyciach lekarz, któremu trudniej w swoim opisie, dzięki swemu zawodowi, być tak objektywnym, jak to miało miejsce w zeznaniach chorego, omawianych w referacie.

6. W tajnem głosowaniu na członków T-wa przyjęci zostali: Dr. A. Zalewski, Dr. A. de Rosset i Dr. Markiewicz Stanisław.

E. Czarnecki.

Protokół
Dorocznego Walnego Zebrania Wileńskiego T-wa Lekarskiego

'dnia 11 grudnia 1929 r.

Obecnych 26 członków T-wa.

1. Prezes T-wa, prof. *J. Szmurło*, zagaił Walne Zebranie, proponując na przewodniczącego D-ra *Z. Zawadzkiego*, zaś D-ra *W. Wołodźkę* na sekretarza. Wniosek przyjęto.

2. Sprawozdanie ustępującego Zarządu:

a) sprawozdanie ogólne odczytuje dr. T. Wąsowski,
b) " kasowe " dr. W. Bądzyński,
c) " Komit. Red. w zast. prof. St. Trzebińskiego odczytuje doc. E. Czarnecki,
d) " Bibljoteczne " doc. A. Safarewicz,
e) " Kom. Rewiz. " dr. Z. Zawadzki,

W związku ze sprawozdaniem Zarządu Walne Zebranie przyjęło jednomyślnie następujące wnioski:

1) Sprawę przeniesienia bibljoteki T-wa do gmachu Bibljoteki Publicznej oraz opracowanie warunków przekazania księgozbioru adminis:racji Bibl. Publ. pozostawić do wyłącznego uznania nowoobranego Zarządu T-wa.
2) Sprawę ewentualnego podniesienia składki członkowskiej polecić Zarządowi po zasiągnięciu opinji liczniejszego ewent. naukowego Zebrania.

3. Wybory Zarządu, Komitetu Redakcyjnego i Komisji Rewizyjnej na rok 1930. W drodze tajnego głosowania (głosy obliczali D-rzy B. Sznioliś i Szalewicz) — głosowało 24 osoby — władze T-wa ukonstytuowały się następujący sposób:

Prezes — prof. J. Szmurło (23 głosy)
Vice prezesi: { Dr. Lewande (23 głosy), Dr. L. Łukowski (20 głosów),
Sekretarze doroczni: { Doc. E. Czarnecki (23 głosy), Dr. T. Wąsowski 23 głosy),
Skarbnik — Dr. W. Bądzyński (23 głosy),
Bibljotekarz — Doc. A. Safarewicz (23 głosy).

Skład Komitetu Redakcyjnego oraz Komisji Rewizyjnej pozostawiono bez zmian.

Komisja Rew.: D-rzy Wł. Bujalski, Wirszubski i Zawadzki.

4. Wolne wnioski:

a) ustalono opłatę za wynajęcie sali T-wa na 10 zł. za jednorazowe korzystanie.

b) Przyjęto jednomyślnie wniosek Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia—D-ra H. Rudzińskiego w sprawie utworzenia Oddziału T-wa celem zrzeszenia lekarzy, zamieszkujących w Województwie Wileńskiem. Składkę członkowską ustalono dla pomienionej kategorji lekarzy na 18 zł. rocznie z prawem korzystania przez nich z wydawnictw T-wa.

Na prezesa Sekcji powołano jednogłośnie D-ra H. Rudzińskiego.

Sekretarz *Dr. W. Wołodźko*. Przewodniczący *Dr. Z. Zawadzki*.

Sprawozdanie z działalności Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego za okres od 11.XII 1929 do 11.XII 1930.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie w roku sprawozdawczym 1930, będącym 125 rokiem jego istnienia, rozwijało działalność naukową, zgodnie z intencjami założycieli T-wa.

Ciągłość tradycji naukowej znalazła swój wyraz z jednej strony w wygłaszanych na posiedzeniach naukowych odczytach i uskutecznianych pokazach, które dotyczyły najżywotniejszych zagadnień z życia lekarza-praktyka i oświetlały częstokroć zjawiska natury ogólniejszej z zakresu badań teoretycznych nauk lekarskich i ogólno biologicznych, z drugiej zaś — w kontynuowaniu pięknie rozpoczętego przez poprzedników dzieła — wydawania Pamiętnika Towarzystwa, który z każdym rokiem od chwili wznowienia jego wydawania, zyskuje wybitnie na treści i rozmaitości tematów prac omawianych.

I jakkolwiek Zarządowi borykać się często wypadało z przeciwnościami natury finansowej przy wydawaniu Pamiętnika, nie ochładzało to jego zapału do pracy, gdyż pomny był zawsze, iż ma szczytne zadanie dotarcia ze swem wydawnictwem do najszerszych rzesz lekarskich, zamieszkujących północno-wschodnie połaci kraju, gdzie z czasem Pamiętnik, dzięki sobie właściwemu charakterowi, stać się musi pismem chętnie czytanem przez ogół lekarzy kresów wschodnich.

W dążeniu do wciągnięcia w orbitę swego oddziaływania szerszych kół lekarskich, T-wo Lekarskie w roku sprawozdawczym powołało do życia Sekcję Wojewódzką T-wa, do której mają należeć lekarze, pracujący na terenie województwa Wileńskiego. Żywotność tego poczy-

nania znalazła swój wyraz w tem, iż w krótkim stosunkowo czasie Sekcja ta liczy 27 członków — lekarzy prowincjonalnych, dla których w końcu b. r. odbędzie się w Wilnie zjazd o charakterze naukowo-społecznym.

Nie mniejszą troską otaczało T-wo w ciągu roku sprawozdawczego swoją bibljotekę, która aczkolwiek nie jest, z braku funduszów, uzupełniana systematycznie aktualjami rynku wydawniczego, nie mniej jednak zyskuje rok rocznie liczne wydawnictwa perjodyczne, otrzymywane w drodze wymiany za Pamiętnik.

Poza pracami, związanemi z naukowym charakterem T-wa, społeczna działalność T-wa Lekarskiego znalazła swój wyraz w wypłacaniu stypendjów niezamożnym słuchaczom wydziału Lekarskiego U. S. B., z zapisu ś. p. D-ra L. Lachowicza, których liczba doprowadzona została w roku bieżącym do 2.

W skład Zarządu T-wa wchodzili w roku sprawozdawczym: prof. dr. J. Szmurło—prezes, D-rzy L. Łukowski i S. Lewande—wiceprezesi, prof. dr. St. Trzebiński — sekretarz stały (zmarł 26.VI b. r.), Doc. dr. E. Czarnecki i Doc. dr. T. Wąsowski—sekretarze doroczni, Dr. W. Bądzyński—skarbnik i Doc. Dr. A. Safarewicz—bibljotekarz.

Komisja Rewizyjna składała się z D-rów: Wł. Bujalskiego, A. Wirszubskiego i Z. Zawadzkiego.

Do Komitetu Redakcyjnego należeli: redaktorowie — Prof. Dr. W. Jasiński i Doc. Dr. A. Safarewicz, redaktor administracyjny — Dr. M. Minkiewicz oraz członkowie Komitetu: Dr. W. Bądzyński, Doc. Dr. E. Czarnecki, Dr. S. Lewande, Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło, Prof. Dr. St. Trzebiński (†) i Dr. A. Wirszubski.

Na początku roku sprawozdawczego T-wo liczyło 117 członków rzeczywistych i 52 członków honorowych; w ciągu roku zmarło 3 — z czego 2 honorowych: ś. p. prof. dr. St. Trzebiński i ś. p. dr. W. Węsławski i 1 rzeczywisty—ś. p. dr. Dembowski; wstąpiło do T-wa 9 nowych członków; wystąpił 1, wyjechało z Wilna 2; do Sekcji Wojewódzkiej przyjęto 27 członków.

Stan faktyczny członków T-wa przedstawia się następująco: członków honorowych 50, rzeczywistych 122, oraz członków Sekcji Wojewódzkiej 27 — razem 199 członków.

W ciągu roku sprawozdawczego odbyło się 15 posiedzeń naukowych, 1 administracyjne i 1—poświęcone pamięci Sekretarza Stałego—ś. p. prof. dr. St. Trzebińskiego. Zarząd odbył 9 posiedzeń. Frekwencja członków na posiedzeniach naukowych wahała się w granicach 27—8, frekwencja gości 26—4.

W okresie sprawozdawczym wygłoszono 31 odczytów i referatów naukowych oraz uskuteczniono 51 pokazów, zgodnie z poniżej załączonym wykazem.

Wykaz odczytów:

1) Dr. H. Rudziński.—„Wrażenia z wycieczki naukowej do Jugosławji i Czechosłowacji".

2) Prof. Dr. Z. Orłowski i Dr. W. Krotow. — „W sprawie cholecystografji".

3) Dr. J. Frydman.—„Wartość kliniczna niektórych metod badania zawartości białka w płynach ustroju i jego wydzielinach".

4) Doc. Dr. I. Abramowicz.— „O uszkodzeniach oka niektóremi środkami kosmetycznemi, używanemi do barwienia włosów".

5) Dr. A. Wirszubski.—„W sprawie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego".

6) Dr. M. Bujwid.—„Surowicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu nagminnego zapalenia przyusznic".

7) Dr. A. de Rosset.—„Myelosis funicularis a choroba Biermera".

8) Doc. Dr. Bagiński.—„O histochemicznem wykrywaniu niektórych kationów".

9) Dr. G. Gelman.—„Odczyn Kahna w kile".

10) Dr. A. Kapłan. – „Kilka uwag w sprawie zapobiegania przedziurawieniu wrzodu peptycznego".

11) Prof. Dr. Br. Rydzewski —„Geologja źródeł Druskienickich".

12) Prof. Dr. W. Jasiński. — „Walory lecznicze Druskienik i plan ich dalszego rozwoju".

13) Prof. Dr. Z. Orłowski.—„Wrażenia z wycieczki do uzdrowisk polskich".

14) Dr. B. Dylewski. — „Wady mowy i głosu i walka z niemi na Zachodzie i u nas".

15) Dr. W. Krotow. — „Urografja jako dalszy postęp roentgenografji".

16) Dr. A. de Rosset.—„W sprawie wpływu uroselectanu na ustrój ludzki".

17) Prof. Dr. Z. Orłowski i Doc. Dr. E. Czarnecki.—„O wpływie uroselectanu na krążenie".

18) Dr. S. Małofiejew.—„Wskazania do amputacji w ropnych stanach kończyn".

19) Prof. Dr. A. Januszkiewicz. — „Ś. p. Prof. Dr. St. Trzebiński na podstawie danych biograficznych i własnych wspomnień".

20) Prof. Dr. J. Szmurło.—„Ś. p. Prof. Stanisław Trzebiński jako sekretarz stały Wileńskiego Tow. Lekarskiego".

21) Prof. Dr. W. Jasiński.—„Prof. Dr. St. Trzebiński jako redaktor Pam. Wil. Tow. Lek.".

22) Doc. Dr. A. Safarewicz. — „O pracy ś. p. Prof. St. Trzebińskiego jako badacza przeszłości T-wa Lekarsk. i jako założyciela Koła Miłośników Hist. Med.".

23) Prof. A. Parczewski. — „O ś. p. Prof. Dr. St. Trzebińskim jako członku T-wa Przyjaciół Nauk w Wilnie".

24) Dr. E. Globus.—„150 przypadków grzybicy głowy u dzieci, leczonych talem".

25) Dr. L. Rostkowski.—„Zasady planu zwalczania jaglicy w woj. Wileńskiem i początki jego realizacji".

26) Doc. Dr. T. Wąsowski.—„Rola układu współczulnego w powstawaniu odruchu cieplnego błędnika".

27) Prof. Dr. J. Szmurło. — „W sprawie szerzenia się twardzieli na Wileńszczyźnie i walki z nią".

28) Dr. S. Lewande. — „W sprawie zapalenia opon mózgowych w ostrem zapaleniu ucha środkowego".

29) Prof. Dr. F. Malinowski. — „O leczeniu gruźlicy skóry bezsolną djetą".

30) Dr. A. Malinowski.—„Przypadek morfinizmu".

31) Dr. Cz. Ryll-Nardzewski. — „Przypadek kiły, leczonej dużemi dawkami salwarsanu".

Wykaz pokazów.

1) Prof. Dr. K. Michejda. — Pokaz chorego po usunięciu raka odbytnicy.

2) Prof. Dr. K. Michejda.—Pokaz chorego po wycięciu żołądka.

3) „ „ Pokaz 3-ch preparatów żołądka z owrzodzeniami.

4) Prof. Dr. K. Michejda. — Pokaz roentgenogramów złamań szyjki kości ramieniowej.

5) Dr. B. Dylewski. — Pokazy chorych z poradni dla wad głosu i mowy.

6) Dr. F. Hryniewiczówna. — Kilka uwag o histologji ziarnicy złośliwej (pokaz preparatów).

7) Dr. F. Hryniewiczówna. — Barwienie oksydaz w leukocytach metodą Epsztejna.

8) Dr. F. Hryniewiczówna.—Pokaz wątroby z dużą jamą gruźliczą.

9) Dr. R. Łuczyński.—Przypadek mieszańca ślinianki przyusznej.

10) „ „ Przypadek obustronnych nerek torbielowatych z omówieniem przyczyn ich powstawania.

11) Dr. R. Łuczyński.—Pokaz śledziony i wątroby z przypadku leukaemia myelogenes chronica.

12) Dr. Łukaszewicz. — Pokaz chorego z oddziału wewnętrznego szpitala wojskowego.

13) Dr. J. Kucharski.—Pokaz chorego z raną postrzałową brzucha.

14) „ „ Pokaz chorego z raną kłótą esicy i krezki jelita.

15) Prof. Dr. K. Michejda.—Pokaz chorej po operacji bąblowca wątroby.

16) Prof. Dr. J. Szmurło.—Pokaz chorej po usunięciu cylindromatu podniebienia twardego.

17) Dr. C. Zarcyn.—Przypadek operacji spinae bifidae.

18) „ „ Przypadek współistnienia zapalenia wyrostka robaczkowego i krwotoku z jajnika.

19) Dr. C. Zarcyn.—Pokaz preparatu ciała obcego jelita (część agrafki).

20) Dr. C. Zarcyn.—Pokaz preparatu woreczka żółciowego z kamieniami.

21) Dr. J. Kucharski.—Pokaz chorego z przedziurawieniem wrzodu żołądka.

22) Dr. M. Trzeciak. — Pokaz chorego po dokonanej neurolizie z następowym leczeniem jonizacją.

23) Dr. M. Trzeciak.—Przypadek złamania łopatki.

24) Dr. A. de Rosset.—Pokaz chorej z wadą wrodzoną serca.

25) Dr. St. Markiewicz.—Pokaz chorego z ulcus durum wewnętrznego kąta oka.

26) Dr. St. Markiewicz.—Przypadek wągra ciałka szklistego.

27) Doc. Dr. I. Abramowicz. — Pokaz chorej z powodu ropnego zapalenia błony śluzowej spojówki powiek po użyciu środków kosmetycznych.

28) Prof. Dr. K. Michejda — Pokaz chorej z wrzodem żołądka resekowanym.

29) Prof. Dr. K. Michejda. — Pokaz chorej po resekcji żołądka z powodu raka.

30) Dr. B Dylewski.—Przypadek niemoty przy zachowaniu słuchu.
31) „ „ Przypadki bełkotania rodzinnego.
32) Dr. K. Łukiewicz.—Przypadek całkowitago wyłysienia.
33) Dr. L. Łukowski.—Pokaz preparatu szparkosza okrężnicowego z omówieniem przypadku,
34) Doc. Dr. T. Wąsowski. — Pokaz podwójnego ciała obcego w przełyku dziecka $1^{1}/_{2}$ rocznego.
35) Dr. B. Dylewski.—Pokaz chorej z powodu podśluzowego rozszczepienia podniebienia twardego.
36) Doc. Dr. T. Wąsowski.—Pokaz chorego po wycięciu krtani.
37) Dr. Cz. Czarnowski.—Przypadek obcego ciała w oskrzelu.
38) Prof. Dr. S. Siengalewicz.—Pokaz preparatu anthrax przewodu pokarmowego.
39) Prof. Dr. S. Siengalewicz. – Pokaz preparatu bąblowca wieloogniskowego wątroby i tarczycy.
40) Prof. Dr. S. Siengalewicz.—Pokaz preparatu melanosis jelit.
41) Prof. Dr. St. Władyczko. — Pokaz 13-letniego chłopca z powodu dystrophia adiposogenitalis.
42) Dr. M. Trzeciak. — Pokaz 2-ch chorych z przedziurawieniem okrągłego wrzodu żołądka.
43) Dr. M. Trzeciak. — Pokaz 2-ch preparatów wyrostka robaczkowego.
44) Dr. M. Mienicki. — Pokaz 2-ch chorych z gruźlicą skóry leczonych djetą bezsolną.
45) Dr. E. Sawicki.—Pokaz chorej z wilkiem skóry, leczonej djetą bezsolną.
46) Dr. Fedosewicz.—Przypadek przetok leczonych djetą bezsolną.
47) Dr. E. Sawicki.—Przypadek poikilodermji.
48) Dr. W. Krotow. — Pokaz roentgenogramów z przypadku choroby Brodiego.
49) Dr. A. Libo.—Przypadek kamienia migdałka.
50) Prof. Dr. J. Szmurło. — Przypadek ciała obcego wydobytego z oskrzeli II rzędu.
51) Doc. Dr. T. Wąsowski. — Pokaz chorego po wykonanej operacji plastycznej rozszczepienia podniebienia twardego i wargi zajęczej.

E. Czarnecki.

SPRAWOZDANIE KASOWE
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
z roku 1929/30.

Dochód:		SUMA Zł.	gr.
I. Pozostałość z roku ubiegłego:			
1) Fundusze T-wa . . . . Zł.	33		
2) Stypendjum z legatu ś. p. d-ra Lachowicza . . . . „	200	233	—
II. Wpływy:			
1) Składki członkowskie		2644	—
2) Odsetki od funduszów		199	80
3) Opłata za wynajęcie Sali T-wa na zebranie .		80	—
4) Zwrot kosztów druku prac w „Pamiętniku W. T. L.“		100	—
5) Ogłoszenia w „Pamiętniku W. T. L.“		321	70
6) Prenumerata „Pamiętnika W. T. L.“		397	95
7) Subsydjum M. W. R. i O. P. na uporządkowanie Bibljoteki W. T. L.		1500	—
8) Subsydja na wydawnictwo „Pamiętnika W. T. L.“ od:			
a) M. W. R. i O. P. . . . . Zł.	1500		
b) Wydziału Lekarsk. U. S. B. w Wilnie „	2000		
c) Wileńsko-Nowogr. Izby Lekarskiej „	1000		
d) Towarzystw Lekars. woj. Nowogr. „	200	4700	—
9) Stypendjum z legatu ś. p. d-ra Lachowicza, wpłacone przez Wileńskie Towarzystwo Dobroczynności do dn. 1.XII 1930 r.		2200	—
Razem . . „		12376	45

Rozchód:	SUMA Zł.	gr.
I. Koszty związane z utrzymaniem lokalu T-wa: 1) Porządek . . . . Zł. 28,95 2) Oświetlenie (rachunki Magistratu m. Wilna) . . . . „ 110,45 3) Opał (10 metr.³ drzewa z piłowan.) „ 180 4) Pensja dozorcy domu za 11 mies. „ 220	539	40
II. Wydatki kancelaryjne, druki i poczta	94	50
III. Nekrologi, wieńce i akademja ku czci ś. p. prof. Trzebińskiego	455	15
IV. Koszty, związane z uporządkowaniem Bibljoteki W. T. L.	342	—
V. Koszty wydawnictwa i rozsyłanie „Pamiętnika W. T. L."	7614	—
VI. Stypendjum z legatu ś. p. d-ra Lachowicza, wypłacone 2 studentom medykom U. S. B. w Wilnie do dn. 1.I 1931 r.	2400	—
Razem . . .	11445	05
Pozostałość:		
Fundusze T-wa	931	40

Wykaz walorów:

1) 4½% listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemsk. na 8.880 złotych
2) Kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjsk. na 14.900 rubli.

Dr. *Wacław Bądzyński*
Skarbnik

Wilno, 10.XII 1930 r.

PRELIMINARZ BUDŻETOWY
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
na rok 1930/31.

Wpływy:

1) Składki członkowskie	Zł.	2700
2) Odsetki od funduszów	„	600
3) Ogłoszenia w „Pamiętniku W. T. L.“	„	500
4) Prenumerata „Pamiętnika W. T. L.“	„	400
5) Subwencje	„	4500
6) Nieprzewidziane	„	300
Razem	Zł.	9000

Wydatki;

1) Koszty utrzymania lokalu	Zł.	1000
2) Wydatki kancelaryjne	„	200
3) Uporządkowanie Bibljoteki	„	1500
4) Wydawnictwo Pamiętnika	„	6000
5) Nieprzewidziane	„	300
Razem	Zł.	9000

Protokół
Komisji Rewizyjnej Wil. T-wa Lekarskiego.

Dnia 5 grudnia 1930 roku Komisja Rewizyjna w składzie d-rów: Władysława Bujałskiego, Abrahama Wirszubskiego i Zygmunta Zawadzkiego dokonała rewizji księgi kasowej oraz sum pieniężnych i papierów wartościowych, należących do Wileńskiego T-wa Lekarskiego i stwierdza niniejszem, iż rachunkowość jest prowadzona prawidłowo, zapisy w księdze oparte są na formalnych dowodach, a saldo na dzień 5-go grudnia r. b. jest wyprowadzone prawidłowo na sumę ogólną 931 zł. 40 gr. słownie dziewięćset trzydzieści jeden złotych 40 gr., z czego na rachunku P. K. O. konto Nr. 81670 leży 155 zł 40 gr., pozostałe zaś 776 zł. na przechowaniu u skarbnika T-wa. Poza tem na przechowaniu u skarbnika T-wa są: 1) listy zastawne Wileńskiego Banku Ziem-

skiego na 8880 złotych i 2) kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjskiego na sumę 14,900 rubli, zarejestrowane w „Związku Obrony Mienia Polskiego w Rosji".

Władysław Bujalski.
Zygmunt Zawadzki.
Abraham Wirszubski.

Sprawozdanie bibljoteczne za rok 1930.

Księgozbiór T-wa w roku sprawozdawczym powiększył się jedynie o wydawnictwa, otrzymywane wzamian Pamiętnika, mianowicie o 32 wydawnictwa krajowe i 7 zagranicznych. Z bibljoteki korzystało 10 osób. Katalogowanie zbiorów zostało wstrzymane w lutym z braku środków. Pozostało jeszcze do skatalogowania dużo dawnych dysertacyj oraz szereg książek i czasopism, otrzymanych w darze w ciągu roku 1929. Skatalogowano dotąd 10450 pozycyj. Aby zakończyć katalogowanie, trzeba zaangażować na przeciąg 4 miesięcy 2 siły fachowe po 80 zł. miesięcznie każdej; wyniesie to łącznie 640 zł.

Sprawa przeniesienia księgozbioru Tow. do gmachu Biblj. Państw. im. Wróblewskich na warunkach umowy, zawartej przez pełnomocników Tow. prof. St. Trzebińskiego i doc. Safarewicza oraz pełnomocnika Min. Wyz. Rel. i Ośw. Publ. dyrektora Bibl. Państw. im. Wróblewskich d-ra Stefana Rygiela, stanęła, jak dotąd, na punkcie martwym. Z braku kredytów urządzenie wewnętrzne gmachu Bibljoteki Państw. im. Wróblewskich nie zostało wykończone. Ma to być uskutecznione dopiero z kredytów roku przyszłego. Gdyby w r. przyszłym wypadło przenosić księgozbiór Tow., należałoby wyasygnować na to około 250 zł.; poza tem należałoby sporządzić odpis katalogu kartkowego, co zapewne pociągnęłoby za sobą wydatek około 250 złotych.

A. Safarewicz.

Sprawozdanie Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika Wil. Tow. Lek. za r. 1930.

W roku sprawozdawczym, t. j. od połowy grudnia roku ub. do 15.XII r. b. wydano 6 zeszytów, mianowicie — szósty zeszyt rocznika V-go i pięć zeszytów rocznika VI-go. Jak zwykle, nakład wynosił 500 egzemplarzy.

Na treść tych zeszytów złożyło się: 4 wspomnienia pośmiertne z reprodukcjami fotografij, 25 artykułów naukowych, w tem 20 z Klinik i Zakładów Uniwersyteckich, 4 wspomnienia i publikacje materjałów z dziedziny historji medycyny; poza tem protokóły Wileńsk. Tow. Lek. i innych towarzystw lekarskich na terenie Wilna, sprawozdania Wydziału Lekarskiego U. S. B. i Wil.-Nowogr. Izby Lekarskiej, wreszcie wiadomości bieżące. Razem stanowi to przeszło 33 arkusze druku.

Tytułem wymiany otrzymano 32 czasopisma polskie i 7 w językach obcych, razem 39 wydawnictw, które zostały złożone w Bibljotece T-wa Lek.

Koszty wydawnictwa Pamiętnika w r. sprawozdawczym wynosiły 7614 zł. przeszło o 300 zł. mniej niż w r. ubiegłym. Dochód z prenumeraty stanowił 397 zł. i 95 gr.—o 278 zł. więcej niż w roku przeszłym, dochód zaś z ogłoszeń zmniejszył się w porównaniu z dochodem zeszłorocznym o 112 zł. i wynosił tylko 321 zł. i 70 gr. Główna podstawa egzystencji Pamiętnika — pozycja zapomóg — wynosiła 4700 zł., a więc o 1300 zł. mniej, niż w r. 1929. Tow. Lek. z funduszów własnych wydało 2100 zł. Autorzy poza tem opłacili koszty druku w wysokości 100 zł.

Komitet Redakcyjny Pamiętnika stanowili:

Redaktorowie — Prof. Dr. W. Jasiński
Dr. Med. M. Minkiewicz
Doc. Dr. A. Safarewicz.

Członkowie Komitetu — Dr. W. Bądzyński
Doc. Dr. E. Czarnecki
Dr. S. Lewande
Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz
Prof. Dr. J. Szmurło
† Prof. Dr. St. Trzebiński
Dr. A. Wirszubski.

W imieniu Komitetu:
Prof. Dr. *W. Jasiński*
Dr. Med. *M. Minkiewicz*
Doc. Dr. *A. Safarewicz.*

Sprawozdanie z działalności
KOŁA MEDYKÓW
Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
za rok akad. 1929/30.

Członkowie honorowi:

Prof. Dr. Stanisław Władyczko,
Ś. p. Antoni Monkiewicz (1-szy prezes Koła).

Członkowie wspierający Koła:

1. Prof. Dr. Marjan Eiger; 2. Prof. Dr. Stanisław Hiller; 3. Prof. Dr. Władysław Jakowicki; 4. Prof. Dr. Aleksander Januszkiewicz; 5. Prof. Dr. Wacław Jasiński; 6. Prof. Dr. Kornel Michejda; 7. Prof. Mg. Jan Muszyński; 8. Prof. Dr. Michał Reicher; 9. Prof. Dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz; 10. Prof. Dr. Jan Szmurło; 11. Prof. Dr. Jan Wilczyński; 12. Doc. Dr. A. Falkowski; 13. Dr. Jan Klukowski; 14. Dr. Stanisław Januszkiewicz; 15. Dr. Władysław Gogol-Gogolewski.

Zmarli:

Ś. p. prof. Dr. Stanisław Trzebiński, ś. p. kol. Adam Waloszek.

Władze Towarzystwa:

Kurator: Prof. Dr. Stanisław Władyczko.

Zarząd:

Prezes: Stefan Lewandowski.
I-szy wice-prezes: Franciszek Mikinka, II-gi wice-prezes: Jerzy Śmigielski.

Członkowie Zarządu:

Henryk Lewandowski . .	sekretarz I
Edmund Kuncewicz . . .	„ II
Władysław Kwit	skarbnik
Ferdynand Beck	kierownik Sekcji Pomocy Naukowych
Józef Mazurek	„ „ Wydawniczej
Stanisław Kałczak	„ Sklepu
Jadwiga Sergjalis-Zabielska	„ Sekcji Towarzyskiej
Janusz Maciej Witomski .	„ „ Naukowo-Społecznej

Bernard Sawicki . . . . kierownik Sekcji Pomocy Materjalnej
Jerzy Szabunia . . . . . „ „ Pośrednictwa Pracy
Leonard Stecki . . . . . zastępca sekretarza II
Paweł Baranowicz . . . . „ kier. Sek. Pośred. Pracy
Zygmunt Uszyński . . . . „ „ „ Pom. Nauk.
Adolf Richter . . . . . . „ „ Sklepu.

Komisja rewizyjna:

Przewodniczący: Józef Gałka. Sekretarz: Zenon Golczyński. Członkowie: Stanisław Kowalczewski, Henryk Fijas, Władysław Radziwon.

Sprawozdanie Zarządu.

W październiku b. r. minęło jedenaście lat istnienia naszej organizacji, minęło jedenaście lat ofiarnej pracy dla idei „Koła Medyków". Zarząd obecny, wybrany przez Walne Zebranie w listopadzie 1929 r., szedł w pracy drogami wytkniętemi przez poprzedników, rozwijając poszczególne działy, starając się nic nie stracić z dotychczasowego dorobku. Zarząd potrafił zainteresować członków Kołem i wciągnąć ich do pracy w sekcjach. Powiększyło się grono współpracowników, kierownicy działów poszczególnych zdobyli wprost nieocenionych pracowników w swych zastępcach.

Rok sprawozdawczy 1929/30 przeszedł w wytężonej pracy nad dalszym rozwojem organizacji.

Już w początkach swej kadencji Zarząd zdecydował się na podjęcie wydawnictwa podręcznika prof. J. Szmurły (części drugiej, trzeciej i czwartej), którego koszt przewyższy 10.000 zł. Wydawnictwo drugiej części podręcznika Zarząd rozpoczął przy pustej prawie kasie Koła. W usiłowaniach naszych przychodzi z pomocą Rada Wydziału Lekarskiego, od której uzyskujemy pożyczkę tysiąca złotych na wydawnictwo.

Pomimo uzyskania tej pożyczki, nie chcąc zadłużać Stowarzyszenia, proponujemy Bratniej Pomocy P. M. A. w Wilnie udzielenie nam pożyczki, względnie wydanie dzieła, powołując się na to, że sekcja Wydawnicza Bratniej Pomocy wydaje skrypta innych Wydziałów, a przecież w ostatnich latach z działu medycyny nic nie wydała, chociaż liczy w gronie swych członków przeszło 400 medyków. Zarząd Bratniej Pomocy zgodził się na udział 50%, pokrywając połowę sumy kosztów, a pobierając zysk 40%. W ciągu niespełna pięciu miesięcy zakończono druk drugiej części podręcznika otola-

ryngologji. Spłatę przypadającej nam części uregulowano całkowicie gotówką, nie obciążając Koła, poza tysiącem złotych od Rady Wydziału Lek. żadnemi innemi zobowiązaniami pieniężnemi. W chwili ukończenia wydawnictwa pozostało w kasie przeszło 1600 zł. w Banku Spółdzielczym. Na tem miejscu Zarząd pragnie podkreślić bezinteresowność p. profesora Jana Szmurły, który żadnych zastrzeżeń natury finansowej Kołu nie stawiał, przeciwnie, jak dowiemy się ze sprawozdania szczegółowego Sekcji Wydawniczej, opłacił sam część klisz.

Po zakończeniu wydawnictwa części drugiej Zarząd w październiku b. r. postanawia przystąpić do szybkiego wydania trzeciej części, a ze względu na to, że będzie zmuszony sam obecnie pokrywać koszty w wysokości 3.500 zł., zwrócił się ponownie z prośbą o pożyczkę do Rady Wydziału Lekarskiego U. S. B.

Zarząd w czasie swej kadencji, doceniając ogromne znaczenie pracy kulturalno-oświatowej, dołożył wiele starań w zorganizowaniu szeregu odczytów, przyczem na prelegentów uproszono również p.p. profesorów z innych uniwersytetów.

Odczyty, urządzane przez Sekcję Naukowo-Społeczną, przyniosły dwie korzyści Kołu: moralną, jako instytucji kulturalno-oświatowej i finansową, zasilając kasę sumą 641 złotych.

Prócz zorganizowania odczytów, Sekcja Naukowo-Społeczna ożywiła dział naukowy Koła swemi posiedzeniami dyskusyjnemi z referatami nietylko z dziedziny medycyny. Wycieczki naukowe, urządzane przez Sekcję Naukowo-Społeczną, cieszące się dużem powodzeniem, były jednym z czynników, łączących członków Koła. Cała działalność Sekcji Naukowo-Społecznej przeczy poglądom, panującym wśród młodzieży medycznej, o nierealności wszelkich w tym dziale poczynań. Jesteśmy pewni, że następne Zarządy rozszerzą zakres tych prac.

Należy tu też wspomnieć o inicjatywie Zarządu w zorganizowaniu wykładów prof. J. Muszyńskiego z farmakognozji — dziedziny tak ważnej dla całości studjów lekarskich.

Inne sekcje, jak pośrednictwa pracy, pomocy naukowej, sekcja towarzyska, rozszerzyły znacznie zakres swych prac.

Staraniem sekcji towarzyskiej urządzony w lutym b. r. bal wzbogacił kasę Koła sumą 2427.65 zł.; nienotowany w kronikach Koła tak duży zysk z tej imprezy należy przypisać sprężystej i umiejętnej organizacji tego balu; dało to możność zaspokoić jedną z pilnych potrzeb Koła—kupno maszyny do pisania.

W poszczególnych działach uporządkowano częściowo admini-

strację. Wprowadzono wzorową księgowość w kasie głównej, uporządkowano sekretarjat II, archiwum Koła, zakończono katalogowanie książek w bibljotece, dokonano po raz pierwszy szacunku całkowitego majątku Koła.

W roku sprawozdawczym 1929/30 szereg profesorów Wydziału Lekarskiego U. S. B. i lekarzy zgłosił się na członków wspierających Koła, opłacając rocznie po 12 zł. składki, które to pieniądze Zarząd przeznaczył na rzecz funduszu pożyczkowego sekcji pomocy materjalnej, dając tem podwaliny do trwałego i stałego jej rozwoju.

Z lokalu Koła Zarząd pragnął uczynić ognisko życia medycznego, które, niestety, dotychczas ograniczało się do życia oddzielnych kursów. W odremontowanym lokalu umieszczono zorganizowaną w 2-im trymestrze czytelnię czasopism lekarskich. Dający się wielce odczuwać brak mebli został zaspokojony częściowo przez meble, wypożyczone z Dziekanatu Wydz. Lek. (stół, krzesła) i z intendentury Uniw. (szafy, stoły). Zarząd dzięki życzliwemu stanowisku p. prof. Muszyńskiego uzyskał z Zakładu Farmakognozji kwiaty. Zaprowadzona została również instalacja elektryczna bezinteresownie przez kol. Boguszewskiego.

W przedsięwzięciach swych Zarząd spotkał się z życzliwem stanowiskiem starszego społeczeństwa, co w znacznej mierze przyczyniło się do powodzenia naszych poczynań. Specjalną opieką cieszyło się Koło ze strony p. Dziekana Wydz. Lek. prof. W. Jakowickiego i p.p. Profesorów, za co składamy najserdeczniejsze podziękowanie. Ścisły kontakt utrzymywał Zarząd z prezydjum O. Z. A. T. M., które reprezentuje wszystkie organizacje medyczne w Polsce i jest organizacją naczelną. Na Zjazdach, organizowanych przez Prezydjum O. Z. A. T. M., brał udział nasz przedstawiciel. Na dorocznym Zjeździe Rady Delegatów Tow. Med. w Krakowie w dniu 31.XII 1929 r. omawiano sprawy wydawania doktoratów, poruszano sprawę nowej ustawy o studjach na Wydz. Lek. Na nadzwyczajnym Zjeździe Rady Delegatów w dniu 29.V b. r. w Warszawie, omawiano specjalnie sprawę doktoratów, przyczem uchwały i wnioski swe zawarto w memorjale wystosowanym do p. Ministra W. R. i O. P., zajęto również odpowiednie stanowisko w sprawie obowiązkowej rocznej praktyki szpitalnej dla lekarzy, kończących studja.

Ostatni Zjazd odbył się w dniu 19.X b. r.; omawiano te same sprawy co i na poprzednim Zjeździe w maju b. r., t. j. sprawę doktoratów i praktyk szpitalnych. Postanowiono wyzyskać wszystkie środki celem uzyskania tych żądań, które zawarto w memorjale, złożonym p. Ministrowi W. R. i O. P.

Tak się przedstawia ogólny obraz tegorocznych prac ustępującego Zarządu.

Organizacja nasza, jak dotychczas, opiera się w znacznej mierze na sumach, wpływających ze składek członkowskich zwykłych i wspierających, imprez urządzanych przez sekcje. Fundusze te są skromne i nie pozwalają na urzeczywistnienie wielu poczynań.

W zakończeniu składamy gorące podziękowanie za życzliwy stosunek do spraw Koła p. Kuratorowi profesorowi Dr. Stanisławowi Władyczce, p. prof. Janowi Szmurle, p. prof. J. Muszyńskiemu, p. prof. Karaffie-Korbuttowi, p. doc. Safarewiczowi, p. int. Latwisowi Koleżankom i Kolegom za pomoc okazaną w pracach naszych.

Ustępując, składamy nowemu Zarządowi życzenia owocnej pracy dla dobra „Koła Medyków".

Za Zarząd: Prezes (—) *Stefan Lewandowski.*

Sprawozdania poszczególnych sekcyj.

Sekretarjat I.

Kierownik H. Lewandowski.

Zadaniem sekretariatu I-go jest prócz prowadzenia kancelarji głównej Koła, protokółów posiedzeń Zarządu i archiwum, orjentowanie się we wszelkich sprawach, tyczących się Koła tak nazewnątrz jak i nawewnątrz i branie udziału w pracach sekcyj. Za cały czas ubiegłej kadencji było listów wychodzących 636, przychodzących 209. Zebrań Zarządu odbyło się 13. Obecność członków na posiedzeniach Zarządu odpowiada przeciętnie 10 na ogólną liczbę 13 członków Zarządu. Archiwum obejmuje teki z aktami od roku 1920 do 1928, księgi kasowe, protokóły zebrań Zarządu, dzienniki podawcze oraz teczkę z protokółami Walnych Zebrań.

Sekretarjat II.

Sekretarz E. Kuncewicz, zastępca L. Stecki.

Sekretarjat II-gi prowadzi ewidencję członków Koła, pobiera składki członkowskie, wydaje zaświadczenia odejścia i opiekuje się lokalem Koła. Jednem z zadań sekretarjatu II-go było uporządkowanie deklaracyj członkowskich i kartoteki. Sporządzono dokładny spis członków Koła, dokonano spisu inwentarza i ustalono komisyjnie wartość inwentarza ruchomego.

Koło ma 467 członków, wystąpiło w roku sprawozdawczym 51, przyjęto 124. Ze składek członkowskich wpłynęło 907,60 zł. Wpisowe wynosi 2 złote, składka trymestralna 1 złoty. Sekretarjat był czynny trzy razy tygodniowo.

Sekcja naukowo-społeczna.

Kierownik J. Witomski.

Współpracownicy: kol. L. Surowski, H. Fijas, St. Kowalczewski.

Sekcja naukowo-społeczna powstała z dawnej sekcji naukowej na Zwyczajnem Walnem Zebraniu w listopadzie 1929 roku.

Działalność sekcji naukowo-społecznej szła w kierunku zainteresowania kolegów zagadnieniami naukowemi, urządzania powszechnych odczytów, urządzania wycieczek o charakterze naukowym i współpracy ze stowarzyszeniami społecznemi — praca więc odbywała się na terenie akademickim i ogólnospołecznym.

Sekcja zorganizowała 6 odczytów; na prelegentów zapraszano p.p. profesorów naszego uniwersytetu jak i p.p. profesorów innych ośrodków uniwersyteckich; wygłoszono na 3-ch posiedzeniach sekcji 5 referatów, jednając na referentów kolegów starszych kursów jak i kolegów innych wydziałów; urządzono 4 wycieczki, noszące charakter naukowy; wycieczki urządzano pod kierunkiem p. p. profesorów. Zorganizowano następujące odczyty powszechne:

1) w dniu 12.I 1930 roku odczyt prof. J. Wilczyńskiego p. t. „Ewolucja człowieka kopalnego jako świadectwo jego pochodzenia".

2) w dniu 19 I 1930 r. odczyt profesora Uniwersytetu J. K. we Lwowie Dr. Leona Kozłowskiego p. t. „Początki kultur ludzkich".

3) w dniu 26.I 1930 roku odczyt profesora U. W. Dr. Edwarda Lotha p. t. „Co w nas jest specyficznie ludzkiego".

4) w dniu 9.III 1930 r. odczyt prof. Dr. Stanisława Władyczki p. t. „Neurastenja i neurastenizacja jednostki i społeczeństwa".

5) w dniu 22.III 1930 r. urządzono wspólnie z Polskiem Towarzystwem Przyrodników im. Kopernika odczyt profesora U. W. Jana Dembowskiego p. t. „O przedłużeniu życia u zwierząt".

Nadto został zorganizowany odczyt prof. J. Muszyńskiego na temat „Leki wstrętne (mocz, kał, odpadki zwierzęce, robaki i t. p.) w dawnej medycynie", który został wygłoszony w dniu 9 listopada b.r.

Odczyty, urządzane w sali Sniadeckich U. S. B., cieszyły się wielkiem powodzeniem, gromadząc przeciętnie 200—250 słuchaczy,

Dochód z urządzanych odczytów wynosi 641 95 zł.

Poza tem sekcja zorganizowała 3 posiedzenia naukowe, na których wygłoszono następujące referaty:

1) Józef Brudziński—wygłosił kol. Fr. Mikinka.
2) Antivirus i bakterjofagi—wygłosił kol. J. Witomski.
3) Dzieciobójstwo i zabicie płodu — wygłosił kol. Ludwik Bar, student prawa.
4) Gruźlica niemowląt—wygłosił kol. J. Mazurek.
5) Organizacja walki z gruźlicą w Polsce—wygł. kol. Fr. Mikinka,

W trymestrze wiosennym zorganizowano następujące wycieczki:

1) zwiedzano browar „Szopena" pod kierunkiem prof. Muszyńskiego.
2) zwiedzano Radjostację Wileńską — objaśnieniami służył dyr. Tokarczyk.
3) zwiedzano pod kierunkiem prof. K. Karaffy-Korbutta stację pomp w Wilnie.
4) zwiedzano pod kierunkiem doc. Dr. Safarewicza urządzenia kanalizacyjne szpitala zakaźnego na Zwierzyńcu.

Nadto sekcja propagowała organizowany przez Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem „Tydzień Dziecka", dekorując odezwami i plakatami sale wykładowe U. S. B.

Zainteresowanie się członków było naogół dość duże.

Sekcja czuje się w obowiązku wszystkim p p. profesorom za życzliwe popieranie naszych poczynań jak również i kolegom, którzy służyli swą pracą, złożyć na tem miejscu jaknajserdeczniejsze podziękowanie.

Sekcja Wydawnicza.

Kierownik J. Mazurek, współpracownik E. Gardulski.

Sekcja w początku kadencji zajęła się wydaniem drugiej części podręcznika otolaryngologji p. prof. Dr. Jana Szmurły p. t. „Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku". Z autorem podręcznika zawarto odpowiednią umowę. Od Rady Wydziału Lekarskiego uzyskano pożyczkę w wysokości 1000 zł. Na współudział finansowy wydawnictwa zgodził się Zarząd Bratniej pomocy P. Mł. Akad. w Wilnie, pokrywając 50% kosztów. Z Zarządem Bratniej Pomocy P. M. A. zawarto odpowiednią umowę. Druk drugiej części podręcznika został ukończony w lipcu 1930 r. przy nakładzie 1000 egzemplarzy.

Sekcja zajęła się kolportażem i w lipcu 1930 roku przesłała 250 egz. firmie „Gebethner i Wolff" w Warszawie w komis.

W drugiej połowie października b. r. sekcja przystąpiła do wy-

dania III-ej części podręcznika otolaryngologji p. t. „Choroby krtani i dróg oddechowych"; dotychczas ukazał się 1-szy arkusz.

W ciągu roku sprawozdawczego sekcja otrzymała pism 7, wysłała 21.

Sekcja w swojem imieniu składa podziękowanie p. prof. Dr. J. Szmurle za pokrycie wydatków klisz barwnych i 16-tu klisz zwyczajnych.

Sklep Koła Medyków.

Kierownik S. Kałczak, zastępca A. Richter.

Troską sklepu było dostarczanie podręczników uniwersyteckich i pomocy naukowych członkom Koła na najdogodniejszych warunkach, udzielając długoterminowych kredytów. Sklep starał się nabywać książki bezpośrednio z pierwszego źródła, uzyskując w ten sposób większe ulgi. Długi, zaciągnięte w poprzednich latach, zostały uregulowane. Obrót roczny dosięgnął w przychodach za czas od 28.XI 1929 r. do 31.X 1930 roku 11.286,35 zł.; w pozycji rozchodu 3.258,05 zł., podczas gdy w r. ubiegłym w pozycji przychodu mamy sumę 4.064,35 zł.—czyli przychód powiększył się prawie trzykrotnie. Majątek sklepu wynosi 16.717.30 zł., w tem 2.559,95 zł. u dłużników.

Sekcja pomocy naukowych.

Kierownik F. Beck; współpracownicy: Z. Uszyński i Z. Golczyński.

Sekcja rozporządza bibljoteką, nowopowstałą czytelnią czasopism lekarskich oraz pomocami w postaci preparatów histologicznych, bakterjologicznych, płaszczy lekarskich i t. p.

Bibljoteka. Praca postępowała w kierunku katalogowania reszty podręczników w związku z wprowadzeniem w roku 1927/28 katalogu krzyżowego; mimo trudnych warunków pracy, spowodowanych przez czytelników, pozostało zaledwie 15 tomów nieskatalogowanych. Poza tem starano się zwiększyć ilość książek, zakupując najnowsze wydawnictwa za sumy przekazane z kasy Koła. Kupiono 13 tomów za 369.85 zł. Ofiarowano bibljotece 81 tomów wartości 107,50 zł. Obecnie bibljoteka posiada 1315 dzieł w 1575 tomach, ogólnej wartości przeszło 10.000 zł. Obrót przedstawia się następująco: zwrócono 634, wypożyczono 674, obecnie w czytaniu jest 608 podręczników.

Książek w języku polskim jest 62%, w rosyjskim 20%, niemieckim 9%, we francuskim i angielskim razem wzięte 9%.

Pomoce naukowe. Członkowie korzystali z preparatów histologji normalnej i patologicznej oraz z mikroskopu, który sekcja zmuszona była zwrócić w maju b. r. Zakładowi Histologji U. S. B. Płaszczów lekarskich jest 36, wypożyczonych 21.

Czytelnia. W czasie kadencji zorganizowano czytelnię czasopism lekarskich. Czytelnia posiada 64 czasopisma, w tem 26 nadchodzi stale, bezpłatnie. Zdołano uzyskać 6 nowych czasopism, jak również uzupełniono brakujące zeszyty z roku 1928 i 1929 celem otrzymania roczników. Czytelnia jak również bibljoteka była czynna 2 razy, a pod koniec kadencji 3 razy tygodniowo.

Sekcja pośrednictwa pracy.

Kierownik J. Szabunia, zastępca P. Baranowicz.

Działalność sekcji polegała na wyrobieniu praktyki wakacyjnej dla kolegów starszych lat studjów w szpitalach miejskich, państwowych i sejmikowych na terenie sąsiednich województw oraz na wyszukaniu posad dla tych, którzy studja już ukończyli. W tym celu sekcja rozesłała odpowiednie pisma-odezwy do dyrektorów szpitali, naczelników wojewódzkich Urzędów Zdrowia i kierowników uzdrowisk. Po otrzymaniu odpowiedzi sekcja zajęła się zapisywaniem kandydatów na praktykę wakacyjną, przyczem o podziale, w razie kwestyj spornych, rozstrzygał Zarząd Koła, udzielając pierwszeństwa kolegom starszych kursów (po XIV trym.), w myśl ustawy o jednorocznej, obowiązkowej praktyce.

Opłat kancelaryjnych sekcja nie pobierała, w myśl uchwały Zarządu, który kładł nacisk jedynie na to, by członkowie, ubiegający się o praktykę, mieli opłacone składki członkowskie. Poza tem sekcja poczyniła starania w sprawie uzyskania praktyki w szpitalach, które nie zgłosiły wolnych miejsc do tutejszego Koła. Na praktykę wakacyjną zapisało się ogółem 110 osób, z tego absolwentów 8-u, z kursu V-go—34, z IV-go—38, z III-go—30. Za okres sprawozdawczy 1929/30 sekcja wysłała pism 331, otrzymała pism 78. Praktyk zgłoszono ogółem 109, z tego 83 miejsca obsadzono, 11 miejsc nieobsadzono oraz 15 miejsc w szpitalu miejskim św. Jakóba w Wilnie było do dyspozycji kolegów ze starszych kursów, pozostałych w Wilnie. Ze 109 praktyk zgłoszonych, płatnych było 55, bezpłatnych zaś, lub z mieszkaniem i utrzymaniem 54. Z 11 miejsc nieobsadzonych 10 było na terenie województwa Lubelskiego i jedno w województwie Białostockiem.

Z 83 miejsc obsadzonych na absolwentów wypadły 4 miejsca, na kurs V—32, kurs IV—30, kurs III—17.

Ponadto sekcja otrzymała 18 zgłoszeń posad dla lekarzy w rozmaitych województwach.

Sekcja składa gorące podziękowanie wszystkim tym, którzy w jakibądź sposób przyczynili się do uzyskania praktyk szpitalnych dla członków tutejszego Koła, a w szczególności p. Dr. Królewskiemu za uzyskanie płatnych zastępstw felczerów na kolei w Wileńskiej Dyrekcji P. K. P.

Sekcja pomocy materjalnej.

Kierownik B. Sawicki.

Sekcja przy przyjmowaniu urzędowania od poprzedniego Zarządu nie otrzymała żadnych dokumentów, jak również funduszów, związanych ściśle z jej działalnością. Opierając się na uchwale walnego zebrania roku 1928 o utworzeniu sekcji i przeznaczeniu 10% od dochodu na rzecz tej sekcji, Zarząd uchwalił 200 zł. na fundusz pożyczkowy, oraz, by dać podwaliny, przeznaczył na ten cel wpływy ze składek członków wspierających. Opracowany został regulamin pożyczkowy. Rozpoczęto pertraktacje z Zarządem Kasy Zapomogowej Medyków Polaków Stud. U. S. B. w sprawie połączenia się tej organizacji z Kołem Med. Sprawa ta jest w stadjum porozumiewawczem i sekcja ma nadzieję, iż w przyszłym roku dojdzie do porozumienia w sprawie ważnej dla medyków Polaków placówki samopomocowej, która zakreśli sobie jaknajszersze pole działania.

Sekcja Towarzyska.

Kierownik Jadwiga Sergjalis-Zabielska.

Działalność sekcji towarzyskiej w obecnej kadencji sprowadzała się do urządzenia balu reprezentacyjnego Medyków, amatorskich kursów szoferskich oraz kilku wycieczek towarzyskich. VIII-y doroczny bal medyków odbył się w dniu 22.II 1930 roku w sali Kasyna Oficerskiego. Koszty urządzenia balu wynosiły 1850,45 zł., czysty dochód, przekazany kasie Koła, wynosi 2421,65 zł.

Celem umożliwienia kolegom zapoznania się z kierowaniem auta, sekcja urządziła amatorskie kursy szoferskie przy firmie Chevrolet, niedokończone z powodów od sekcji niezależnych. Urządzono wycieczkę do uzdrowiska akademickiego Legaciszki w dniu 17 maja b. r. Wycieczki do Trok i Zielonych Jezior, urządzono łącznie ze Studjum Farmaceutycznem z inicjatywy p. prof. Muszyńskiego. Projektowane wycieczki do Druskienik i do Werek do skutku nie doszły

Bilans zamknięcia kasy

Koła Medyków Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie za rok akademicki 1929/30.

S t a n c z y n n y:

1. Kasa—zapas gotówki:			
a) w kasie głównej	Zł.	290,48	
b) „ „ bibljoteki	„	250,38	
c) „ „ sklepiku	„	438,35	
2. Bank Towarzystw Spółdzielczych . . .	„	850,95	1830,16
3. Inwentarz	„		1850,75
4. Majątek sekcyj:			
a) Pomocy Naukowych	Zł.	10998,25	
b) Sklep	„	8157,35	
c) Wydawnicza	„	9643,50	28799,10
5. Dłużnicy	„		2559,95
Razem . .	Zł.		35039,96

S t a n b i e r n y:

1. Wierzyciele:			
a) Rada Wydziału Lekarskiego U.S.B. .	Zł.	1000,00	
b) Bratnia pomoc P. M. A.	„	3800,00	4800,00
2. Fundusze:			
a) ogólny	„	23968,10	
b) amortyzacyjny	„	998,25	
c) pożyczkowy	„	2759,95	
d) wydawniczy	„	883,50	28609,80
3. Nadwyżka bilansowa	„		1630,16
Razem . .	Zł.		35039,96

Wilno, dnia 1.XI 1930 r.

Prezes: (—) *St. Lewandowski.*

Skarbnik: (—) *Wł. Kwit.*

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej (—) *J. Gałka.*

Rachunek strat i zysków Koła Medyków USB

na dzień 1 listopada 1930 roku.

Dochody:

1. Saldo z poprzedniego roku	Zł.		532,26
2. Składki:			
a) od członków zwyczajnych . .	Zł.	907,60	
b) „ „ wspierających .	„	180,00	1087,60
3. Subsydjum z kwestury (sumy dla K. M.)			290,00
4. a) Pożyczka od Rady Wydz. Lekar. . .	„	1000,00	
b) „ z Bratniej Pomocy PMA .	„	2040,55	3040,55
5. a) Ofiary	„	55,90	
b) Procenty	„	62,00	
c) Różne	„	90,30	208,20
6. Dochody z sekcyj:			
a) towarzyskiej	„	4827,10	
b) naukowo-społecznej	„	979,75	
c) wydawniczej	„	480,20	
d) sklep	„	11286,35	
e) bibljoteki	„	668,83	18242,23
Razem . .	Zł.		23400,84

Skarbnik: (—) *Wł. Kwit.* Prezes: (—) *St. Lewandowski.*

Rozchody:

1. Administracja:			
a) remont, światło, opał, OZTM, wydatki kancelaryjne i t. p. .	Zł.	875,73	
b) kupno inwentarza	„	113,00	
c) maszyna do pisania	„	675,00	
d) fundusz dyspozycyjny	„	171,00	
e) podatki	„	220,48	
f) różne	„	44,47	2099,68
2. Wydatki na sekcje:			
a) towarzyską	Zł.	2405,45	
b) wydawniczą	„	5461,30	
c) naukowo-społeczną	„	337,80	

	d) bibljotekę . . . . „	418,45	
	e) sklep . . . . „	10848,00	
	f) pomocy materjalnej . . . . . „	200,00	19671,00
3.	Nadwyżka w gotówce . . . . „		1630,16
		Razem . . Zł.	23400,84

Skarbnik: (—) *Wł. Kwit.* Prezes: (—) *St. Lewandowski.*

Komisja Rewizyjna:

Prezes: (—) *J. Gałka.*

Członkowie: (—) *St. Kowalczewski,*

(—) *H Fijas,* (—) *Z. Golczyński.*

Ofiarodawcy:

1. Chorzy z klin. neurolog. U. S. B. na ręce prof. Władyczki 15 zł., 2. p. Markiewiczowa 3 zł.. 3. Ks. biskup Bandurski 4 zł., 4. p. Kłecki 5 zł., 5. p. prof. S. Władyczko 30 zł., 6. p. Mikulski 50 zł.

Wilno, dnia 1.XI 1930 r.

KOMUNIKATY.

Polska Akademja Umiejętności Wydział (IV) lekarski nadesłała— z prośbą o umieszczenie — komunikat następujący:

Warunki przedstawiania i publikacji prac naukowych w wydawnictwach Wydziału Lekarskiego Akademji.

Autorowie, pragnący przedstawić swe prace Akademji, zechcą nadsyłać je pod adresem: „Polska Akademja Umiejętności, Kraków, ul. Sławkowska 17, dla Sekretarjatu Wydziału lekarskiego". — Nadesłane prace przedstawiają referenci, wyznaczeni przez Dyrektora Wydziału, na miesięcznych posiedzeniach naukowych, a o przyjęciu pracy do druku rozstrzyga Wydział na posiedzeniach administracyjnych zwyczajnych (§ 11 Statutu, i § 7 Regulaminu P. A. U.).

Wydział lekarski P. A. U. posiada następujące wydawnictwa: 1) „Rozprawy Polskiej Akademji Umiejętności, Wydział lekarski" w języku polskim, 2) „Bulletin international de l'Académie", w którym pomieszczane są prace w językach obcych (francuskim, angielskim, niemieckim), nie przekraczające 3 arkuszy druku, 3) „Mémoires de l'Académie", dla prac w językach obcych powyżej 3 arkuszy druku, 4) „Comptes rendus mensuelles des Séances de l'Académie", w językach obcych. Praca, którą przyjęto do druku, może być ogłoszona:

1) albo po polsku w „Rozprawach“ Wydziału IV, przyczem musi obowiązkowo wyjść także w języku obcym w „Biuletynie“, 2) albo tylko w języku obcym w „Biuletynie“.

Prace ogłaszane po polsku w innem czasopiśmie mogą za zgodą Wydziału IV P. A. U. być ogłoszone w języku obcym w „Biuletynie Akademji“.

W razie ogłoszenia pracy po polsku i w obcym języku jeden z tekstów (polski lub obcy) musi być przedłożony w skróceniu.

Akademja nie przyjmuje żadnej pracy, ogłoszonej poprzednio gdzieindziej w obcym języku, może jednak zezwolić na publikację w obcym języku pracy, już ogłoszonej w „Biuletynie Akademji“.

Prace przedkładane Akademji muszą być napisane czytelnie (najlepiej na maszynie) po jednej stronie, jak do druku, a jeżeli mają wyjść w dwóch tekstach (polskim i obcym), to oba teksty muszą być odrazu nadesłane. Nadto do każdej pracy musi być odrazu dołączone streszczenie polskie, najwyżej 45 wierszy druku (dla ogłoszenia w „Sprawozdaniach z posiedzeń“ Akademji) i streszczenie w języku obcym, najwyżej 100 słów (dla ogłoszenia w „Comptes rendus“). Teksty prac i streszczeń w języku obcym muszą być zupełnie poprawne. Rysunki, wykresy i t. p., należy dołączać na osobnych kartach (nie wśród tekstu).

Akademja zastrzega sobie prawo żądania skróceń nadesłanej pracy przed przyjęciem do druku, oraz prawo ograniczenia liczby tabel i ilustracyj. Korekty autorskie są uwzględniane tylko wtedy, jeżeli zostaną zwrócone Sekretarzowi Wydziału najdalej do 10 dni od daty wysłania ich autorowi. Koszt takich zmian tekstu w korekcie, które wymagają ponownego przełamywania wierszy, ustępów lub stronic, ponosi autor.

Honorarjów autorskich Wydział IV P. A. U. narazie nie przyznaje. Autorowie otrzymują bezpłatnie najwyżej 100 odbitek swej pracy w języku polskim i obcym.

Prof. Dr. *St. Ciechanowski*, Sekretarz Wydziału.

Prof. Dr. *Fr Kryształowicz*, Dyrektor Wydziału.

* * *

Związek Uzdrowisk Polskich przysłał nam w przekładzie na język polski list lekarza węgierskiego, zawierający:

Wrażenia z wycieczki do uzdrowisk polskich.

Związek Uzdrowisk Polskich w Warszawie zorganizował przy wydatnej pomocy czynników rządowych wycieczkę lekarzy Estonji, Łotwy i Węgier do 10-ciu większych uzdrowisk polskich, które mogą

wchodzić w rachubę przy akcji w kierunku pozyskiwania gości zagranicznych.

Jednym z uczestników wycieczki owej był lekarz Dr. Geza Bleier z Budapesztu. Umieścił on w Nr. 19 czasopisma „Magyar Orvos“ t. j. „Lekarz węgierski“ z dn. 1/X-30 następujący artykuł.

„Kochany Przyjacielu Redaktorze!

Żądasz opisu wycieczki naszej do uzdrowisk polskich, czynię więc zadość Twemu życzeniu i kreślę me odnośne wrażenia.

Na zaproszenie Polskiego Konsulatu w Budapeszcie wziąłem udział wraz z trzema kolegami D-rem Czyżewskim Juljuszem, D-rem Władarczykiem Józefem i D-rem Weliischem Emerykiem w pierwszej wycieczce propagandowej do uzdrowisk polskich.

Wyjechaliśmy z Budapesztu dnia 6.IX. Na polskiej granicznej stacji kolejowej zetknęliśmy się z przedstawicielem Związku Uzdrowisk Polskich, który wręczył nam wolne bilety jazdy II kl., umożliwiające nam bezpłatne podróżowanie po wszystkich polskich linjach kolejowych w czasie od 6 do 25 września r. b. Ze stacji granicznej przez Lwów udaliśmy się do Warszawy, gdzie spotkaliśmy się z pozostałymi uczestnikami wycieczki, t. j. lekarzami z Estonji i Łotwy.

Nasza podróż po uzdrowiskach polskich zajęła nam 14 dni, w czasie których stale korzystaliśmy ze specjalnie nam przydzielonego luksusowego wagonu II klasy. Każde zwiedzane przez nas uzdrowisko witało nas na stacji kolejowej za pośrednictwem swych notablów i orkiestr, które grały państwowe hymny Węgier, Estonji i Łotwy.

Organizacja wycieczki była pod względem gospodarczym tak przeprowadzona, iż nie wydaliśmy na nic — poza drobnemi przedmiotami pamiątkowemi, które pragnęliśmy dla nas i dla naszych bliskich nabyć — ani halerza.

Umieszczano nas w pierwszorzędnych pensjonatach i hotelach, podejmowano nas wręcz wspaniale, a doprowadzona do ostatecznych granic troskliwość naszych gospodarzy o nas szła tak daleko, iż w naszych pokojach pensjonatowych zastawaliśmy świeże kwiaty i kartki pocztowe, zaopatrzone już w znaczki.

Nie chcę i nie mogę w krótkich słowach opisać tego wszystkiego, co widziałem; bogactw i piękna przyrody polskiej, eleganckich a równocześnie bardzo praktycznych urządzeń uzdrowiskowych, a wreszcie niezwykłej wprost higjeny zwiedzanych miejscowości. Mimo wszystko muszę jednak wspomnieć o paru najważniejszych

zwiedzanych uzdrowiskach, a więc przedewszystkiem o Ciechocinku, bogatym w naturalne przepojone jodem i bromem solanki.

Inowrocławskie solanki i borowina przewyższają — mojem zdaniem — wartością leczniczą Franzensbad.

Tuż obok Warszawy położony Otwock jest—jak sądzę— świetnem uzdrowiskiem dla chorych na płuca.

Naogół naprawdę trudno uwierzyć, ile Polacy ponoszą ofiar i podejmują starań, ażeby w uzdrowiskach dla chorych na płuca przeprowadzać skutecznie zabiegi lecznicze przy równoczesnem izolowaniu chorych.

Niezwykle elegancka, a w porównaniu z naszemi stosunkami, tania Krynica ze swemi naturalnemi bogatemi kwasowęglowemi wodami oraz borowinami przedstawia olbrzymie bogactwo narodowe.

O ile chodzi o piękno natury uzdrowisk polskich, to muszę oczywiście wspomnieć o Zakopanem, znanem już zresztą u nas, a leżącem w sąsiadujących ongiś z nami polskich Tatrach. Zakopane wyposażone jest we wspaniałe sanatorja, odpowiadające całkowicie wzorom zachodnio-europejskim.

Perłą Tatr polskich jest przecudne Morskie Oko.

Wspomnę jeszcze o Truskawcu i jego znakomitej wodzie i zaznaczę, iż nasza podróż trwała dni 14, a naprawdę umożliwiła nam zwiedzenie najlepszych polskich uzdrowisk i wszystkich wielkich starodawnych polskich miast, leżących w przepojonej krwią ziemicy, w której spoczywają również w tragicznych kurhanach wojennych nasi niezapomniani Węgierscy Bracia.

Muszę przyznać, że nużąca była wycieczka, bo czas, w którym mogliśmy przetrawiać wrażenia nasze był zbyt krótki. Mimo tego opłaciła nam się wycieczka. Widzieliśmy wiele, nauczyliśmy się wielu rzeczy, zwłaszcza o ile chodzi o zagadnienia lecznicze i o nową organizację pracy lekarskiej.

Korzystaliśmy z ogromnej wręcz gościnności polskiej. Jak słyszę, i na przyszły rok ma być zorganizowana podobna wycieczka, która jednak ma objąć większą liczbę lekarzy. Uważam za rzecz bardzo wskazaną, by do udziału w wycieczce owej zgłosiła się jaknajwiększa ilość lekarzy węgierskich, których Polacy oczekują z otwartemi rękoma.

W końcu pozwól, by w Twem, drogi Kolego, cennem wydawnictwie, złożyć tak w mem własnem jak i mych kolegów, uczestników wycieczki, imieniu raz jeszcze i w tej drodze najserdeczniejsze podzię-

kowanie rezydującej w Warszawie Dyrekcji Związku Uzdrowisk Polskich, oraz głównemu organizatorowi i Kierownikowi wycieczki Dyrektorowi Szczerbińskiemu.

Komitet organizacyjny IX Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich w Krakowie ul. Pańska 5 powiadamia co następuje:

W myśl uchwały VIII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich z dnia 26.IX-1929 r. odbędzie się IX Zjazd Internistów w Krakowie w dniach od 24 - 27 września 1931 r.

Tematami programowemi są: 1) Reumatyzm, 2) Hyperthyreozy.

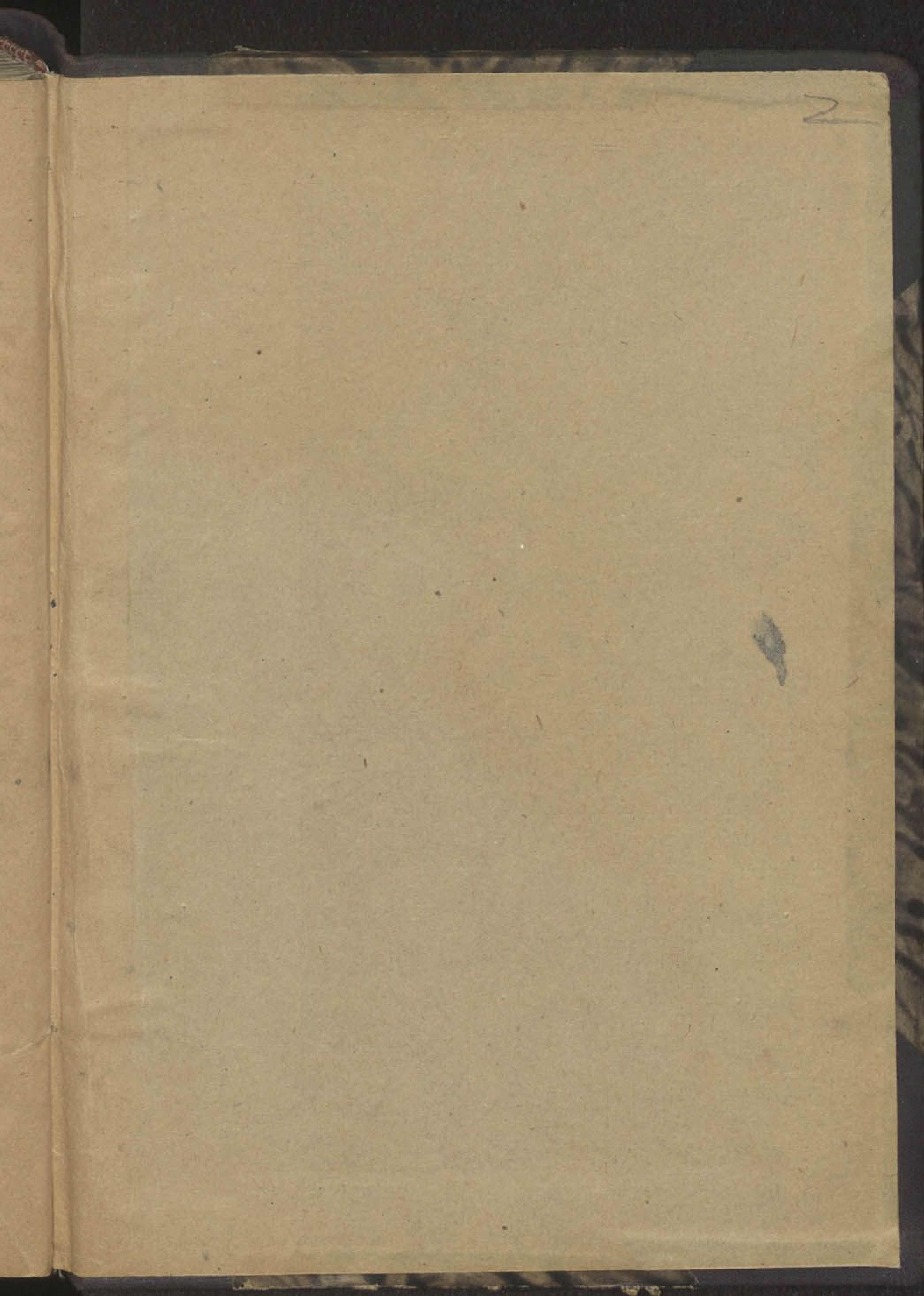
Krakowski Komitet, jako organizujący IX Zjazd Internistów, zwraca się do Kolegów z prośbą o przygotowanie odpowiednich prac i wzięcie czynnego udziału w Zjeździe.

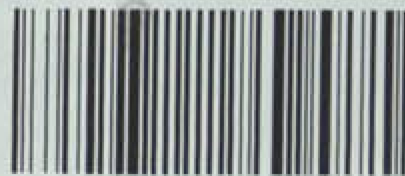
Tematy odczytów i ich streszczenia należy nadsyłać na ręce Prof. Dr. J. Latkowskiego — Kraków, Pańska 5, najpóźniej do dnia 31-go maja 1931 roku.

Przewodniczący Komitetu Organ. IX Zjazdu Internistów
Prof. Dr. *J. Latkowski.*

Sekretarz
Doc. Dr. *F. Siedlecki.*

Skorowidz nazwisk.




B000000 1659 180